

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

---

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie Bussière.

---

# ANNALES

## DES MALADIES

# DE L'OREILLE, DU LARYNX

## DU NEZ ET DU PHARYNX

*Directeurs :*

**M. LERMOYEZ**

Médecin des hôpitaux de Paris  
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie  
de  
l'hôpital Saint-Antoine

**P. SEBILEAU**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Chirurgien des hôpitaux de Paris  
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie  
de l'hôpital Lariboisière

**E. LOMBARD**

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

*Secrétaires de la rédaction :*

**H. BOURGEOIS**

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

**H. CABOCHE**

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Les **ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX** paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : Paris, **12** francs ; départements, **14** francs ; étranger, **15** francs. — Chacun des volumes des 27 années précédentes est vendu séparément **12** francs.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 27 années au prix de **300** francs.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **200** francs.

**Prix du numéro 2 francs.**

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à **M. le Dr E. LOMBARD, 49, rue de Rome, VIII<sup>e</sup>, Paris.**

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à **MM. MASSON et C<sup>e</sup>, 120, boulevard Saint-Germain, Paris**

**TOME XXX — 1904**

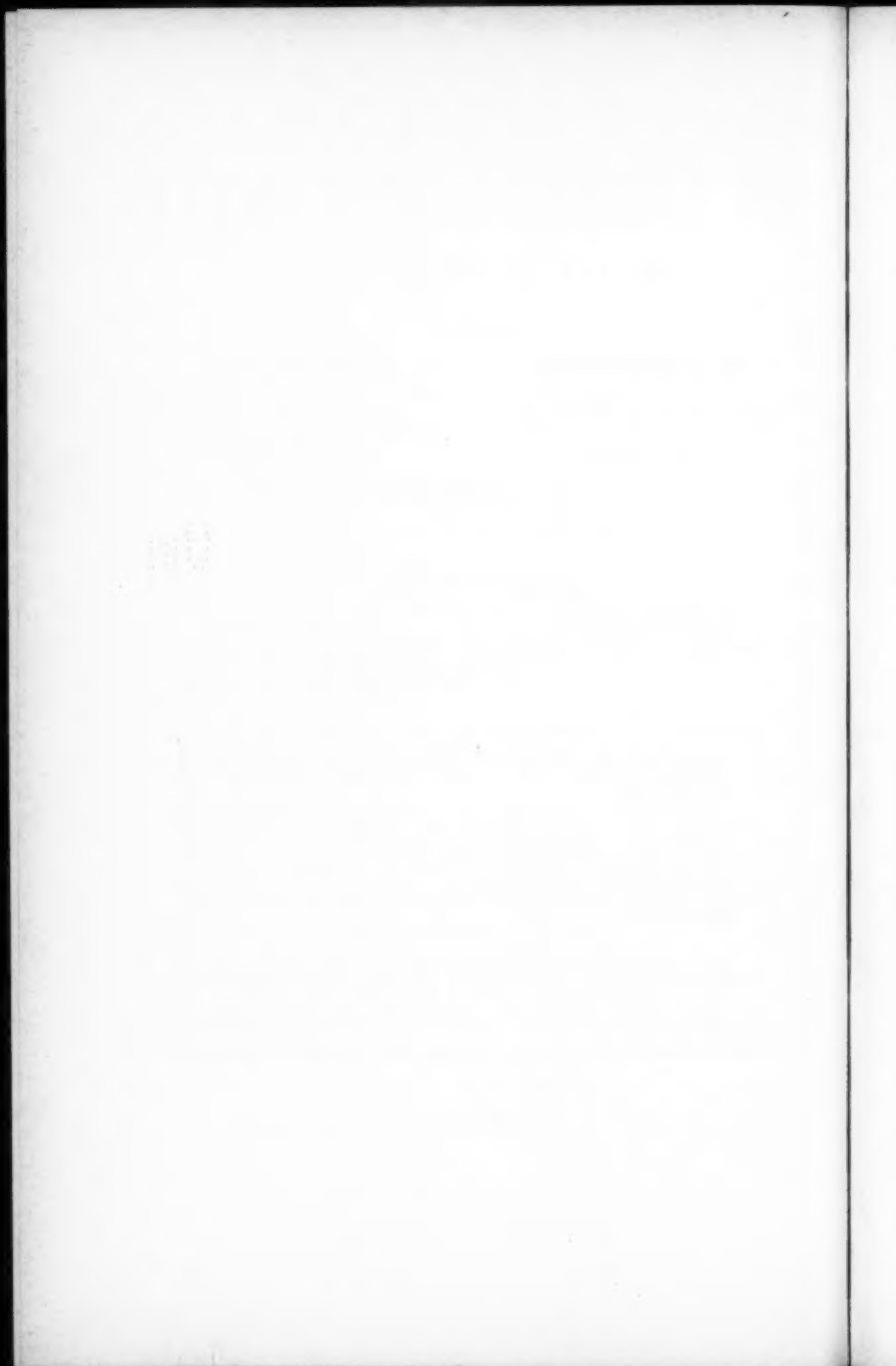
DEUXIÈME PARTIE

**PARIS**

**MASSON & C<sup>e</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1905





ANNALES  
DES MALADIES DE  
**L'OREILLE, DU LARYNX**  
DU NEZ ET DU PHARYNX

---

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

UN CAS DE CANCER DE L'ETHMOÏDE <sup>(1)</sup>

Par **Marcel LERMOYEZ**

Médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique  
de l'hôpital Saint Antoine.

La chirurgie du cancer a deux exigences : elle veut que le néoplasme soit enlevé d'un bloc et non pas morcelé en séances successives ; elle veut également que les limites du mal soient dépassées, et que l'exérèse ait lieu en tissu sain. Sinon, c'est la récurrence toujours, et souvent la généralisation hâtée.

Reste à savoir si ces exigences sont compatibles avec la chirurgie nasale.

A ce point de vue, les cancers des fosses nasales — quand ils nous arrivent à temps — se classent en deux catégories bien nettes :

1° *Cancers de l'étage inférieur*, implantés le plus souvent

(1) Présentation de malade faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, mai 1904.

sur la cloison, parfois sur le cornet inférieur (sarcomes surtout) dont l'ablation radicale peut se faire par les voies naturelles ;

2° *Cancers de l'étage supérieur*, logés dans l'ethmoïde, et qu'il serait téméraire de vouloir aborder par la voie nasale : seule, une brèche externe permet de les atteindre.

A cet égard, Killian, Moure ont, chacun de leur côté, montré que la seule manière de pouvoir aborder l'ethmoïde antérieur est de réséquer la branche montante du maxillaire supérieur. Attaquer cet os par la voie exclusivement orbitaire, en effondrant seulement l'os planum, ainsi que le conseillent les classiques, est un acte imparfait et surtout incomplet, attendu que le quart antérieur du labyrinthe ethmoïdal échappe ainsi totalement à notre investigation.

A la voie orbitaire pure il faut substituer la voie naso-orbitaire, quand on veut découvrir tout le labyrinthe ethmoïdal, qu'il s'agisse de suppurations diffuses ou de cancers de cette région. Aussi bien, en proposant de réséquer non pas seulement la branche montante de l'ethmoïde, mais encore l'os propre du nez, et l'épine nasale correspondante du frontal, Moure a-t-il réglé une technique excellente, et dont ne manqueront pas de bénéficier beaucoup de malades. Grâce à cette brèche, nous pouvons enfin entrer de face dans l'ethmoïde, et non plus l'entamer obliquement, ainsi que cela a lieu quand on y pénètre par l'orbite.

Voici du reste un cas qui plaide en faveur de ce procédé encore trop peu connu : la communication de Moure en 1902 au Congrès de la Société française d'otologie n'ayant pas eu, surtout à l'étranger, le retentissement qu'elle méritait.

Georges B., coiffeur, âgé de 45 ans, commença, vers le milieu de l'été 1903, à moucher abondamment des matières jaunâtres, parfois teintées de sang, et qui bientôt devinrent fétides. Puis, son nez se boucha du côté gauche : et après avoir essayé divers traitements empiriques, il vint me consulter à l'hôpital Saint-Antoine, le 21 janvier 1904.

Il avait toujours été bien portant, pas syphilitique, peu alcoolique ; mais grand fumeur. Au reste, malgré les accidents nasaux, sa santé générale se maintenait bonne ; pas de névralgies faciales, aucun trouble de la vue.

En somme, tout le mal se cantonnait à sa fosse nasale gauche. Le spéculum montrait, baignant dans une sanie fétide, une tumeur blanc grisâtre, bosselée, et qui saignait facilement au contact du stylet. Appendue à la partie supéro-externe de la fosse nasale, elle bouchait totalement celle-ci, mais sans contracter d'adhérences ni avec la cloison, ni avec le plancher. En arrière, on voyait la tumeur faire hernie dans le cavum à travers la choane gauche.

Pas d'engorgement ganglionnaire. L'éclairage par transparence des sinus frontaux et maxillaires se fait bien.

Une biopsie faite dès le lendemain de l'entrée donne les résultats suivants :

« Le fragment enlevé est formé, d'une part, d'un caillot sanguin « en voie d'organisation, et, d'autre part, d'une nappe cellulaire « composée d'éléments très serrés. Dans cette nappe, on distingue « des boyaux de grandes cellules épithéliales, extrêmement proli-  
« férantes, et riches en glycogène. Leur contour est assez irrégulier, il semble cependant qu'il s'agisse de cellules cylindriques.

« Ces boyaux épithéliaux sont par places complètement dissociés par une infiltration leucocytaire extrêmement marquée, « et qui masque le stroma de la tumeur.

« Donc : Tumeur nettement maligne, en voie d'ulcération. »

En résumé, au point de vue clinique : cancer de l'ethmoïde gauche, sans adénopathie, sans effraction des cavités voisines.

Une intervention radicale est proposée, acceptée et pratiquée sous chloroforme, le 19 février.

Incision partant de la narine, suivant le sillon naso-génien, pour gagner en haut la racine du sourcil. Rabattement des parties molles du nez vers la droite, et rugination qui met à nu l'os propre du nez gauche, l'épine nasale du frontal, l'apophyse montante du maxillaire, l'unguis, l'os planum jusqu'à la partie la plus reculée de l'orbite. Chemin faisant, le sac lacrymal prudemment décollé est rejeté en dehors, la poulie du grand oblique est mise à découvert pour être mieux ménagée, le trou orbitaire interne antérieur est reconnu, pour limiter en haut la brèche opératoire : ces divers temps délicats de l'intervention sont ceux avec lesquels nous a familiarisés la chirurgie des sinusites fronto-ethmoidales. A l'aide d'une pince gouge introduite alors dans l'orifice pyriforme de la fosse nasale, je résèque toutes les parties osseuses ainsi découvertes, en respectant seulement, de l'os propre du nez, le rebord arrondi qui forme sa partie antérieure. L'œil est pendant ce temps protégé par un large écarteur concave de Jansen.

Par cette énorme brèche, qui s'étend depuis le dos du nez jusqu'au fond de l'orbite, la masse cancéreuse fait hernie. La rhinoscopie l'avait fait supposer du volume d'une noix : elle est plus grosse qu'un œuf. Elle occupe tout l'ethmoïde, s'écrasant en avant dans la région de l'*agger nasi*, où il eut été totalement impossible de l'atteindre par les voies naturelles. J'enlève aisément toute cette masse avec la grande pince ethmoïdale de Luc, qui permet de l'extraire par gros fragments sans hémorrhagie notable : et grâce à l'absence de prolongements, j'en puis faire soigneusement l'ablation totale.

Sur sa périphérie, le cancer s'est entouré d'une couronne de polypes muqueux. Cloison et plancher du nez sont intacts.

Rien de plus facile, par cette brèche, que d'explorer de bas en haut le sinus frontal : son plancher ayant été enlevé, on le voit rempli d'un mucocèle de rétention. Très aisé aussi l'examen du sinus sphénoïdal qui est reconnu sain. Lorsque tout le tissu malade a été enlevé, la fosse nasale ne constitue plus qu'une vaste cavité simple, à parois lisses : il est commode d'explorer toute la lame criblée de l'ethmoïde et de la curetter en pleine lumière sans risquer d'échappée intra-crânienne. En résumé, exérèse radicale et facile, sans hémorrhagie gênante. La fosse nasale est bourrée d'une longue mèche de gaze iodoformée, dont l'extrémité sort par la narine ; et l'incision est immédiatement suturée sur toute son étendue, sans drainage.

Les suites immédiates sont excellentes : ni fièvre, ni douleurs. Le lendemain, la mèche est retirée par la narine, sans hémorrhagie de délamponnement. A partir de ce moment, il n'est pas fait d'autre pansement intranasal, qu'un tampon d'ouate filtrante à l'entrée du nez.

Cinq jours après, le pansement extérieur est levé ; et les sutures enlevées. La réunion immédiate est parfaite.

Huit jours après l'intervention, tout pansement est définitivement supprimé ; et l'on se contente de laver matin et soir, avec de l'eau bouillie additionnée d'un peu d'eau oxygénée, le vaste cloaque nasal. Un instant, je constate une procidence inquiétante de la graisse orbitaire par la grande brèche osseuse : mais, en quelques jours, cette hernie orbito-nasale se réduit d'elle-même.

Et le 8 mars, le malade sort guéri de l'hôpital et reprend son travail. Actuellement (15 juin) l'état local est parfait. Une cicatrice à peine visible dessine la ligne d'incision. Il n'y a aucun trouble ni de la vue ni de la circulation lacrymale. Et, chose curieuse, malgré la disparition de tout le squelette orbito-nasal

gauche, on ne constate pas d'effondrement des parties molles. Le doigt, qui palpe par comparaison les deux côtés du nez, fait à peine la différence entre celui où le plan osseux est conservé et celui où un tissu fibreux l'a remplacé.

La fosse nasale est propre, nécessitant un seul lavage quotidien pour enlever quelques croûtes qui vont en s'atténuant : elle forme une vaste cavité à parois nettes : aucune récédive ne s'y montre encore.

..

Ce simple fait divers clinique, qui ne prétend contenir aucune découverte, m'a paru intéressant à publier, ne fût-ce que comme encouragement à la chirurgie du cancer du nez, qui si souvent répugne à notre délicatesse de spécialiste. En égard à la gravité du cas, on ne saurait trouver une intervention qui, mieux que le procédé de Moure réalise en l'espèce le *cito, tuto et jucunde*, qui est la formule de guérison préférée des malades.

*Cito...* N'est-elle pas vraiment remarquable ici la rapidité de la guérison, quand on songe à la durée des pansements que nécessite le moindre acte de chirurgie endo-nasale ? Mon malade, opéré le 19 février, quitte son pansement huit jours après et reprend son travail le 8 mars.

*Jucunde...* Et la somme de souffrances au prix de laquelle fut acheté ce résultat est bien faible. Nul traitement nasal ne saurait être plus doux, puisque tout se passe intégralement sous chloroforme : après son réveil, le patient n'a plus à subir aucun acte douloureux, rien que des irrigations de propreté.

Arguera-t-on de la cicatrice ? Mais, elle est invisible, pour qui sait pratiquer correctement des sutures. Et il est curieux que malgré l'immense brèche osseuse, nulle dépression ne déforme les parties molles, si l'on a la précaution de ne pas enlever la totalité de l'os propre du nez, mais de laisser en place le rebord arrondi qui forme sa portion antérieure, le profil nasal est conservé dans son intégrité. Et, même au palper, il n'y a guère de différence entre les deux côtés du nez.

*Tuto...* J'ajoute que cette opération est inoffensive, ce qu'on ne peut dire du traitement palliatif endo-nasal des tumeurs malignes de l'ethmoïde. Inoffensive, comme toutes les fois que

dans le nez, par rapport au cerveau, les instruments ont une marche centrifuge et non pas centripète. Inoffensive, parce qu'elle donne un jour parfait, qui permet de manœuvrer très à l'aise dans l'ethmoïde : quelle différence avec ce grattage demi-aveugle qui se fait, à travers le couloir étroit d'un spéculum, dans un nez végétant qui saigne au premier coup de curette. Inoffensive, parce que l'hémostase est des plus aisées, ignorant les difficultés parfois émouvantes du tamponnement nasal. Inoffensive enfin, parce qu'elle permet de s'assurer que tout le tissu malade a été enlevé, constatation impossible à faire quand on gratte un cancer du nez par voie naturelle.

..

Evidemment, il serait facile de reproduire ici tous les arguments antichirurgicaux, énumérés par les partisans du traitement endo-interventionniste, à propos du fameux traitement du cancer laryngé. Mais, aux spécialistes intransigeants, qui n'admettent que le « per vias naturales » et se refusent à remettre la rhinologie sous le patronage de la chirurgie générale brutale, dont on a eu tant de peine à la délivrer, on peut répondre ceci : ainsi que les plateaux d'une balance oscillent à tour de rôle pour arriver finalement à un état d'équilibre stable et rationnel, ainsi fait la thérapeutique nasale. Tour à tour entraînée d'abord par le poids d'une chirurgie mutilante et traditionnelle, puis sollicitée, d'autre part, par l'effort tenace d'une rhinologie intransigeamment conservatrice, elle tend, après de nécessaires oscillations, à atteindre cet équilibre heureux, où le bistouri et le spéculum sauront se la partager rationnellement pour le plus grand bien des malades.

---

## II

### DE LA TRACHÉOTOMIE AU COURS DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX

Par **H. GAUDIER** (de Lille), professeur agrégé  
chirurgien des hôpitaux

Nous avons eu, depuis trois ans, l'occasion de pratiquer à la clinique de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, sept fois la trachéotomie au cours de la tuberculose laryngée, à diverses périodes de son évolution. Ce sont les résultats immédiats et éloignés que nous venons rapporter ici succinctement, car depuis quelque temps la trachéotomie dans la tuberculose laryngée revient à l'ordre du jour.

Dans notre première observation il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, et chez qui, les lésions du larynx étaient telles que lorsque je le vis, la trachéotomie s'imposait pour parer aux accidents de dyspnée, qui menaçaient d'emporter le malade. Les accidents pulmonaires remontaient à un an environ, et les troubles laryngés à trois mois à peu près. Ils étaient caractérisés par un œdème aryénoïdien tel que la glotte était presque totalement fermée ; il y avait une ulcération allongée sur le repli aryéno-épiglottique gauche, quelques petits ganglions cervicaux. Je pratiquai chez ce malade, sous-cocaïne, la trachéotomie basse. Les résultats furent inespérés : ce malade qui présentait avant l'opération une dysphagie rebelle à tous les calmants, orthophorme, morphine, etc., s'alimenta le soir de l'opération presque facilement, sauf une certaine facilité à avaler de travers, qui pendant quelques jours gêna beaucoup le malade par les quintes de toux qu'elle provoquait. Au cinquième jour l'alimentation put se faire avec des boulettes de viande crue. En même temps était institué un traitement local et général. Le traitement local consista

en pulvérisations souvent répétées d'eau oxygénée tiédie ; de plus le malade pratiquait, par sa canule, des inhalations de vapeurs balsamiques. Pour le reste il était soumis à la thérapeutique journalière de la tuberculose pulmonaire : révulsions et suralimentation avec le repos. Le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois et demi et le dégonflement laryngé était tel qu'on put lui mettre une canule perforée qui lui permettait, par oblitération de l'orifice antérieur, de respirer par la bouche et de prononcer quelques mots avec d'ailleurs une voix tout à fait mauvaise.

L'examen laryngoscopique fait le jour de son départ permit de constater qu'il existait un léger œdème inter-aryténoidien avec une ulcération sur la bande ventriculaire gauche. Les cordes vocales étaient rouges, épaissies, non ulcérées. L'alimentation se faisait presque sans douleur. Nous perdîmes le malade de vue mais nous sûmes qu'il ne mourut que quatorze mois après et du fait de sa tuberculose pulmonaire qu'il avait enrayée dans la mesure du possible par un long séjour à la campagne et un repos presque complet. Il avait été opéré le 7 février 1901 et mourut à la fin d'avril 1902.

Le second malade date de novembre 1901. Je fus appelé aux environs de Lille par un de mes confrères, pour une femme de 33 ans, tuberculeuse pulmonaire et laryngée à la dernière période et qui présentait une dyspnée progressive telle qu'on craignait de la voir mourir dans un accès d'étouffement à chaque instant. Je trouvai en arrivant, une malade à la dernière extrémité, à tel point que j'hésitai un moment à faire la trachéotomie. Cependant je me décidai sur les instances de la famille, mais sans pouvoir préciser, dans cette dyspnée, la part qui revenait au larynx et celle qui appartenait en propre aux poumons d'autant plus que l'examen de larynx était impossible. La trachéotomie se fit sans incident et permit de voir que l'obstacle était principalement laryngé, car la large entrée de l'air dans la trachée ranima presque aussitôt la malade, mais son état était tellement précaire, que je jugeai que la mort n'était plus qu'une question de jours. Je n'en eus plus de nouvelles jusqu'aux premiers jours de janvier 1902. Je fus appelé, alors à ma grande stupéfaction, auprès d'elle pour sa dysphagie. Je ne trouvai certes pas une malade en voie de guéri-



son (ses deux sommets étaient caverneux), mais infiniment mieux que le jour de l'opération. La famille m'apprit en effet que depuis, elle avait pu s'alimenter un peu et avec beaucoup plus de facilité qu'auparavant, mais au bout de quelque temps la douleur à la déglutition était revenue, plus pénible, et c'est pour cela que j'étais appelé à la revoir. A l'examen laryngoscopique, très difficile en raison de la respiration par la canule montra qu'il existait une tuméfaction considérable ary et interaryténoïdienne, avec ulcération de l'épiglotte déchiquetée. Je prescrivis des pulvérisations antiseptiques et calmantes, quelques badigeonnages d'acide lactique et ne revis plus la malade qui mourut à la fin de mars 1902, ayant eu sa dysphagie assez bien calmée par le traitement sus-indiqué. L'orthoforme, chez elle, avait été très mal supporté et avait donné une stomatite très intense pendant quelques jours. Il vrai qu'elle avait peut-être fait abus des comprimés de ce médicament.

Le 2 mars de la même année mon confrère Millat m'amena à la consultation de l'hôpital un malade, tuberculeux pulmonaire, sujet aux hémoptysies et qui, depuis six mois, presque en même temps que le début de ses lésions pulmonaires, d'ailleurs peu avancées, (double congestion du sommet, quelques craquements dans la fosse sus-épineuse gauche) présentait des troubles de la voix, rauque d'abord, éteinte ensuite, avec depuis un mois, de la dysphagie relativement modérée. C'était un homme de 38 ans. A l'examen laryngoscopique, on constate qu'il existe un œdème aryténoïdien, surtout accusé à gauche du gonflement des bandes ventriculaires et des cordes vocales épaissies, dentelées, ulcérées, la gauche en position cadavérique. Nous prescrivîmes à ce malade le traitement classique, en lui recommandant de revenir le plus souvent possible à l'hôpital pour y faire des pulvérisations d'eau oxygénée tiède et y être badigeonné avec les solutions lactiques. En juin, exactement le 2, il me fait appeler d'urgence pour des accidents dyspnéiques progressifs qui, depuis quinze jours, l'avaient empêché de venir à la consultation. Son état était tel qu'avec mon confrère, je pratiquai le plus rapidement possible, non pas la trachéotomie, mais bien la laryngotomie inter-cricothyroïdienne. Je ne fis pas la trachéotomie en raison de l'état

anatomique du cou chez ce malade ; il était en effet court et encore très grasseux. L'opération soulagea le malade, mais pour peu de temps. Il mourut en effet 15 jours après de pneumonie tuberculeuse gauche.

Les observations 4 et 5 se ressemblent fort. Elles furent toutes les deux pratiquées, sur des malades arrivés à l'ultime période d'une phtisie laryngée et chez qui des phénomènes de chondrite et de périchondrite provoquaient une gêne respiratoire telle qu'une intervention était nécessaire. Le premier fut opéré à l'hôpital le 21 septembre 1902 et mourut à la fin de novembre, sans aucun soulagement dans son état général ni local. Le second fut opéré le 12 décembre 1902 et mourut au commencement de janvier 1903. Chez lui, la trachéotomie avait été suivie de l'ouverture d'une fusée purulente latérale droite, qui avait disséqué cette région du cou et qui était consécutive à de la chondrite des lames du thyroïde.

Les deux dernières observations sont beaucoup plus intéressantes, car elles furent pratiquées toutes les deux, à quelques jours d'intervalle chez des malades, au début de leurs lésions pulmonaires pour une tuberculose laryngée primitive. Je vois le premier de ces malades le 21 janvier 1903. C'est un homme de 37 ans, agent des ponts et chaussées, qui présente une dysphagie considérable et rebelle. Son état général paraît tellement bon, que l'on hésiterait avant l'examen laryngoscopique et pulmonaire. Ce dernier nous apprend que les lésions sont localisées exclusivement à droite, caractérisées par des râles de bronchite, avec de la submatité et de l'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse. Du côté du larynx, les lésions sont plus graves : il existe de l'œdème de l'épiglotte avec une ulcération sur son bord supérieur, un peu à droite. Il y a du gonflement aryténoïdien qui paraît plus considérable à droite, mais l'œdème de l'épiglotte, est tel qu'il rend l'examen très difficile. La dysphagie, calmée autrefois par la cocaïne, la morphine, l'ortoforme, ne l'est plus maintenant et le malade demande qu'on le soulage. Un confrère, vu précédemment, avait proposé la sonde œsophagienne, péniblement introduite, plus mal encore supportée. Je lui parle de la trachéotomie avec tous ses inconvénients, mais peut-être aussi ses avantages sur lesquels avait

tant autrefois insisté l'Ecole Américaine, c'est-à-dire l'action reposante, calmante de la dysphagie. Cet homme, très décidé, accepte de suite et je lui pratique le lendemain, la trachéotomie basse après anesthésie cocaïnique. Le malade, dans sa chambre, est soumis aux inhalations balsamiques. Il ne peut supporter les pulvérisations pharyngées qui lui provoquent des nausées. Son état laryngé ne change guère pendant une huitaine de jours et c'est avec beaucoup de peine qu'on l'alimente, mais au bout de ce temps, il commence à moins souffrir et avec beaucoup de patience se remet à manger des soupes épaisses.

Quinze jours après il absorbait en moyenne huit œufs par jour avec deux litres et demi de lait et des purées. Du côté du poumon l'état n'avait pas empiré. Il quitta la maison de santé le 18 février ; il avait un congé de trois mois qu'il passa à la campagne, dans le pays d'Avesnes, mais il n'eut pas de chance car, à la suite d'un refroidissement contracté au cours d'une promenade il fit de la bronchite généralisée et sa tuberculose pulmonaire, prit à droite une extension assez considérable. A la fin de mai, il y avait du souffle au sommet et les craquements s'entendaient jusqu'à la pointe de l'omoplate droite, mais en revanche les lésions laryngées s'étaient améliorées dans de notables proportions : les ulcérations avaient disparu et il n'existait plus que du gonflement des bandes ventriculaires et de l'épiglotte. Les cordes vocales étaient tuméfiées mais non ulcérées.

L'alimentation était possible avec une gêne légère en comparaison du passé. Remis de ses accidents aigus, ce malade, doué d'un courage extraordinaire, reprit la suralimentation, se reposa complètement. Je le perdis de vue jusqu'en janvier 1904 où il vint me voir à Lille pour obtenir un certificat destiné à le faire réintégrer dans ses fonctions mais non plus en ville mais à la campagne. Du côté du poumon, respiration un peu rude à droite et au sommet avec quelques râles, après de très fortes quintes de toux. Il y a encore de la submatité dans les deux tiers du poumon. La sécrétion bronchique est beaucoup moins considérable qu'elle ne l'était pendant l'été. Du côté du larynx, il existe un rétrécissement très marqué de la glotte, et les cordes vocales se voient à peine, masquées par le gonflement des bandes ventriculaires recouvertes d'un exsudat mu-

queux mais sans ulcération. La déglutition est bonne mais surtout facile avec les pâtes et les soupes épaisses. L'absorption de pain sec et de carrés de viande est un plus douloureuse. Le malade, depuis deux mois, sur les conseils d'un de nos confrères, fait deux fois par jour des pulvérisations d'adrénaline à 1/10.000. Il existe, au niveau de la plaie trachéale, un petit bourgeon qui, paraît-il, a été cautérisé souvent et se réforme toujours. C'est peut-être là une fongosité bacillaire. Je ne l'ai pas revu depuis cette époque.

En décembre 1903 entre à la maison de santé un homme de 50 ans, marinier de son état, et que m'amène le Dr Lheureux, de Vendin. C'est un tuberculeux pulmonaire soigné depuis deux ans par lui et considérablement amélioré par le traitement classique : repos et suralimentation, malgré une existence aventureuse à bord des péniches sur les canaux. Il y a près de trois mois que les troubles laryngés ont apparu, sans douleur d'abord et caractérisés seulement par la voix éteinte. Depuis un mois la dysphagie est survenue, très pénible, accompagnée de dyspnée. Quand je vois le malade, il vient de monter un étage et il présente du cornage. A l'examen on constate qu'il existe un œdème aryténoïdien et des bandes ventriculaires tels qu'on ne peut voir plus bas et qu'il est permis de se demander par où ce malade respire. Il ne peut presque rien avaler et devant nous l'absorption d'un peu de lait est tellement pénible et suivie d'une attaque de suffocation telle que nous l'opérons d'urgence, à 6 heures du soir. Trachéotomie basse, sans anesthésie. Le malade supporte l'intervention avec la patience et le courage d'un vieux brave. Le lendemain nous apprenons qu'il a pu absorber plus facilement un peu de lait coupé d'eau de Vichy, mais comme chez un de nos opérés précédents, et comme cela n'est pas rare d'ailleurs après la trachéotomie, il avale souvent de travers et du liquide absorbé sort par la plaie trachéale. Cet état a persisté une quinzaine de jours mais très irrégulièrement et seulement quand le malade voulait boire de trop grandes gorgées. L'alimentation redevient vite possible : c'est du bouillon, puis de la purée, puis des œufs, et le malade se confectionne lui-même des soupes fort appétissantes et surtout très nourrissantes. Son

état s'est tellement amélioré qu'il demande, au bout de trois semaines, à regagner son bateau et de là partir pour Paris. Nous l'examinons avant son départ. L'œdème est encore considérable mais la dysphagie presque nulle. Nous devons le revoir à son prochain voyage dans le bassin houillier et il nous avait promis de nous écrire si son état devenait pire.

Il est évident qu'il faudrait un plus grand nombre de faits pour pouvoir en tirer des conclusions formelles sur l'utilité de la trachéotomie dans la tuberculose du larynx, mais ce travail a été fait déjà depuis longtemps et nous n'avons pas la prétention ici de refaire l'histoire du traitement de la tuberculose laryngée par la trachéotomie. L'on sait, en effet, que quelques auteurs, et en particulier M. Beverley-Robinson, élève distingué de Morel-Mackenzie, ont voulu ériger la trachéotomie en mode de traitement de la phthisie laryngée. D'après eux on mettrait, par ce procédé, le larynx à l'abri des causes d'irritation de toutes sortes (abus de la voix, poussières, etc.), qui peuvent être des agents d'aggravation de la tuberculose vocale<sup>(1)</sup>. L'on sait aussi que cette opération n'a pas trouvé beaucoup d'imitateurs en Europe, mais encore faut-il distinguer dans son application deux séries de faits bien différents. Dans un certain nombre de cas, c'est-à-dire dans tous ceux où le gonflement des parties molles du larynx par son volume, met un obstacle au passage de l'air, il est bien évident que pas un médecin, en présence d'une telle affection, n'hésitera à pratiquer la trachéotomie, malgré l'état souvent fort avancé des lésions laryngées et pulmonaires. Je n'insiste pas sur ces faits et tout le monde est d'accord, mais il est d'autres cas où de parti pris la trachéotomie est pratiquée sur des malades ne présentant pas, du côté du larynx, des symptômes de laryngosténose. Et Robinson écrit : « Qu'il est indiqué de ne pas retarder l'opération mais plutôt de la pratiquer aussitôt que la nature de la maladie est connue et que les autres moyens semblent être inutiles ». Une des grosses objections faites à cette manière de penser, c'est que la canule, loin de calmer, ne peut qu'irriter les tuyaux aériens, que d'un autre côté,

(1), Henrici : sur la valeur curative de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée. (*Arch. f. Laryng.* 1904, p. 323).

dans le plus grand nombre des cas où la trachéotomie a été pratiquée pour des symptômes urgents de dyspnée, il est rare d'avoir observé qu'elle ait retardé le processus morbide. J'estime, à mon avis, que l'opinion très catégorique des uns et le refus d'accepter aussi catégorique des autres, tient à ce qu'en somme l'on se place dans des conditions bien différentes. L'on ne peut comparer, en effet, un malade opéré au cours de lésions laryngées peu étendues et celui qui, porteur de grosses ulcérations, présente un appareil vocal désorganisé. Dans le premier cas, l'on ne voit pas pourquoi le port d'une canule serait plus irritant pour l'arbre aérien, que l'application d'une même canule au cours d'accidents syphilitiques laryngés, par exemple, et surtout si l'on soigne le malade dans des conditions telles que le port d'une canule permet d'instituer un traitement laryngé beaucoup plus efficace que si l'on a à craindre, après chaque traitement, un accès de spasmes de la glotte ou tout autre accident du même genre. Car c'est là le gros avantage de la trachéotomie. Outre qu'il n'est pas prouvé qu'elle aggrave les lésions pulmonaires, il est certain qu'elle permet d'instituer un traitement laryngé plus efficace, badigeonnage, curettage, cautérisation, presque impossible sans la trachéotomie, par la réaction qu'elles amènent à leur suite. Si les faits paraissent contredire ces indications qui semblent trop théoriques peut-être, c'est que les malades atteints de tuberculose laryngée sont gens irritables et changeants, que d'abord ils acceptent difficilement le principe d'une intervention quand elle ne leur semble pas commandée par un besoin urgent et que, d'autre part, ils se lassent vite d'un traitement, ce qui fait qu'un médecin a peine à les suivre dans le cours de leur maladie. Il est bien évident aussi que rares sont les cas où l'état du poumon peut faire espérer une guérison complète du larynx, et trop souvent l'état du poumon amène la fin d'un malade chez qui existait un soupçon de tendance à la guérison d'une lésion laryngée <sup>(1)</sup>.

---

(1) Nous avons actuellement en traitement à l'hôpital un malade chez qui la trachéotomie pratiquée au début d'une tuberculose laryngée a produit des effets surprenants au point de vue du relèvement de l'état général.

### III

#### SUR LE TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE DE L'EVIDEMENT PETRO-MASTOÏDIEN PAR LES INSUFFLATIONS D'ACIDE BORIQUE ; ET SUR LA RÉSECTION IMMÉDIATE DE LA PAROI POSTÉRO-SUPÉRIEURE DU CONDUIT AUDITIF MEMBRANEUX (1)

Par **Henri CABOCHE**

Assistant du service d'oto-laryngologique de l'Hôpital Lariboisière.

Dans cette note nous voudrions présenter quelques remarques à *propos* de plusieurs cas d'évidement pétro-mastoïdien traités consécutivement par les insufflations d'acide borique suivant la méthode d'Eeman de Gand et accompagnés de la résection du conduit cartilagineux. Les résultats que nous avons obtenus par ce procédé dans le service de notre maître le Dr Sebileau à l'hôpital Lariboisière, nous ont paru intéressants.

Voici comment nous procédons : Après nettoyage sérieux du champ opératoire, incision dans le sillon rétro-auriculaire et décollement de la paroi postérieure du conduit membraneux, nous réséquons immédiatement la paroi postéro-supérieure du conduit.

Pour se faire, avec un bistouri à résection, nous faisons dans le conduit, parallèlement à son axe et à l'union de ses parois antérieure et supérieure, une incision comprenant toute l'épaisseur de la paroi depuis son extrémité tympanale jusqu'à la racine de l'Hélix que nous entamons ; dirigeant alors le tranchant du bistouri en bas en arrière, nous séparons al daroi membraneuse postérieure d'avec la conque en empiétant

(1) Communication à la Société Française d'otologie et de laryngologie, mai 1904

un peu sur cette dernière et nous arrêtons l'incision en bas au niveau de la paroi inférieure. Nous avons ainsi un vaste lambeau comprenant les parois supérieure et postérieure qu'un coup de ciseaux suffit pour détacher de la paroi inférieure.

Evidemment pétro-mastoidien suivant les règles ordinaires et tamponnement léger de la plaie à la gaze iodoformée pour assurer l'hémostase.

Nous avons laissé la brèche rétro-auriculaire ouverte pour pouvoir suivre de près, la marche de l'épidermisation ; petit à petit nous l'avons laissée se fermer au fur et à mesure des progrès de la guérison. Dans un de nos dernier cas nous avons fait la suture immédiate de la plaie rétro-auriculaire.

Le tamponnement est levé le quatrième jour, avec précaution pour éviter un suintement sanguin un peu abondant.

Après un lavage à l'eau oxygénée, la cavité étant soigneusement débarrassée des quelques caillots qu'elle pourrait contenir, et asséchée, nous la remplissons de poudre d'acide borique quotidiennement stérilisé. Les mêmes insufflations faites avec une propreté rigoureuse sont répétées tous les jours. Le méat et la plaie rétro-auriculaire sont fermés avec de petits tampons de gaze stérilisés.

Voici, en général, comment les choses se passent :

Le lendemain de la première insufflation à l'ouverture du pansement, on trouve la poudre fondue, et, à sa place, un magma fluide, dont l'ablation laisse voir la cavité recouverte d'une mince couche de fibrine qui s'épaissit un peu dans les trois ou quatre jours suivants. Dès le deuxième jour commence le bourgeonnement de l'os qui se fait régulièrement sous la protection de la couche fibrineuse. D'abord apparu sous la forme d'îlots séparés, il arrive, par la confluence de ces îlots à former une nappe continue généralement complètement formée vers le trentième jour. — A partir de ce moment l'épidermisation s'avance avec une rapidité souvent merveilleuse, provenant à la fois du bord tympanal du conduit membraneux et du bord mastoïdien de la plaie rétro-auriculaire.

En sorte qu'on pourrait schématiquement diviser la marche de la réparation en trois périodes : périodes de la fibrine, de bourgeonnement et d'épidermisation.



Plusieurs faits nous semblent dignes d'être notés en faveur de cette méthode ; ce sont :

1° La propreté parfaite de la cavité auriculaire : jamais nous n'avons vu pendant toute la durée du traitement la moindre trace de pus dans la cavité ; les évidés pour volumineux cholestéatomes infectés, fortement odorants encore a l'ablation du tamponnement, deviennent complètement inodores après la première application de poudre. Une ou deux fois, il nous est arrivé d'observer un peu de sphacèle des bords de la paroi inférieure, consécutivement à la section d'un gros rameau de l'auriculaire postérieure au moment de la résection du conduit. L'odeur de sphacèle très forte à l'ablation du tamponnement cessa après la première insufflation boriquée.

2° L'absence de danger de périchondrite conséquence de la suppression des infections secondaires, ce qui permet d'entamer le cartilage de la conque pour agrandir le méat.

3° La rapidité de l'épidermisation plus grande par cette méthode que par le tamponnement. D'après Eeman la durée de l'épidermisation serait de quarante jours seulement. Dans aucun de nos cas l'épidermisation n'a été aussi rapide ; mais jamais, sauf dans un cas et un insuccès sur lesquels nous reviendrons, la durée du traitement n'a excédé trois mois.

4° La simplicité des pansements comparativement au tamponnement puisqu'il suffit de remplir la cavité de poudre boriquée pendant les dix premiers jours et, passé ce délai, de faire une insufflation pariétale quotidienne.

5° La suppression de la douleur au moment du pansement. Cependant si le pansement lui-même n'est pas douloureux, il est certain que, dans un certain nombre de cas, il y a de la douleur après.

Déjà, à la précédente cession de la Société, le Dr Lermoyez a attiré l'attention sur des douleurs extrêmement violentes qui suivraient le pansement. Chez plusieurs de nos malades nous avons aussi constaté des douleurs plus ou moins intenses irradiées du côté correspondant de la face dans les différentes branches du trijumeau dentaire, temporale, oculaire. Mais elles ne nous ont pas paru absolument constantes ; elles sont variables avec les malades, ici peu perceptibles ou nulles, là

assez fortes pendant une partie de la journée et même le premier tiers de la nuit ; dans aucun de nos cas elles ne se sont prolongées au-delà du vingtième jour, époque aux environs de laquelle la cavité osseuse est complètement recouverte de bourgeons charnus. D'ailleurs nous avons pu supprimer la douleur en faisant absorber après le pansement 75 centigrammes de phénacétine en deux fois, et, au cas où le sommeil était troublé en donnant le soir cinq centigrammes d'extrait thébaïque. Nous avons également essayé le pyramidon qui semble agir moins efficacement que la phénacétine.

L'idée de réséquer le conduit membraneux n'est pas nouvelle puisque, elle a été mise en pratique depuis longtemps déjà par le Dr Moure et plus récemment par le Dr Delseaux.

Le principe des différentes plastiques usitées après l'évidement est d'amorcer l'épidermisation en recouvrant une partie de la brèche opératoire de lambeaux plus ou moins vastes que le tamponnement fait adhérer à l'os nouvellement abrasé.

Partant de cette idée, nous avons fait des lambeaux dans nos premiers essais.

Mais par la suite deux faits nous ont paru dignes de remarque : d'une part l'apparition dans certains cas d'ilots épidermiques loin des bords des lambeaux ; d'autre part le commencement de l'épidermisation seulement après la formation totale de la couche de bourgeons charnus, avec alors marche extrêmement rapide de cette épidermisation. Il nous a semblé que la rapidité d'épidermisation réside moins dans le rapprochement des sources d'épiderme que dans la présence d'un matelas de bourgeons lisse et uniforme obtenu grâce, peut-être, à la couche fibrineuse protectrice et surtout à l'absence d'irritation toujours produite par les tamponnements successifs. Nous avons donc, comme le Dr Delsaux, essayé la résection du conduit. La durée du traitement n'en a pas été augmentée mais diminuée ; et la résection du conduit est certainement plus simple que les différentes plastiques usitées en pareil cas.

Nous préférons faire la résection avant de commencer la trépanation, parce que, dans le cas contraire, la griffe qui écarte la paroi postérieure attire souvent en même temps la paroi antérieure et la décolle : il en peut résulter un retard

dans la marche de l'épidermisation. En outre cette résection donne un jour considérable pour la trépanation et peut supprimer l'écarteur.

Nous avons personnellement soigné les évidés opérés soit par le Dr Sébilleau, le Dr Lombard ou nous-mêmes.

Sur ces 10 cas 5 (dont 5 cholestéatome et une carie attico-antrale) ont été complètement et rapidement guéris, un en trois mois, deux en deux mois et demi, un en deux mois, un en cinquante-huit jours, un dernier au cinquante-sixième jour du traitement est presque complètement sec. Les cas où la résection du conduit a été faite ont été ceux dont la guérison a été le plus rapide.

Deux cas opérés le 5 et le 14 avril dernier par le Dr Lombard sont en cours de traitement ; la marche est régulière et rapide mais nous n'en pouvons tenir compte au point de vue du résultat définitif.

Un cas retardé par une poussée eczémateuse ayant duré deux mois et qui vient seulement de se terminer est en traitement depuis quatre mois ; la cavité est presque sèche mais il s'est formé une petite bride répondant au tiers antérieur de la caisse.

Enfin nous avons à enregistrer un échec. Ce malade évidé le 20 décembre 1904 pour un cholestéatome attico-antral présentait pendant trois semaines une marche tout à fait normale, la surface osseuse était recouverte presque complètement d'une couche de bourgeons de bonne nature. Mais alors se forma un retrécissement du conduit qui nous obligea à pratiquer une petite intervention sanglante et consécutivement un tamponnement. Y eut-il infection de la cavité, où bien y a-t-il quelque sequestre qui demande à s'éliminer ? toujours est-il que la cavité s'est remplie de bourgeons exubérants dont nous avons beaucoup de peine à nous rendre maître.

Dans une autre série de 5 cas pansés par M. Lemerle, externe du service, la durée du traitement a été respectivement de quatre mois, trois mois, deux mois et 23 jours, deux mois ; et enfin cinquante-trois jours.

En réunissant ces deux séries nous avons donc sur un total de 13 cas : un échec, un encore en traitement depuis quatre

mois, une guérison en quatre mois ; deux en trois mois, trois en deux mois et demi, et cinq en deux mois ou moins de deux mois.

Nous croyons donc, en résumé, la méthode très avantageuse ; elle se recommande surtout par sa simplicité d'exécution, par la suppression des infections secondaires et par suite la crainte de la périchondrite enfin par la rapidité plus grande de la guérison. Sans doute le nombre de nos essais peu considérable ne nous permet pas de faire de généralisations et nous avons eu un échec. Malgré cela nous croyons que la méthode est un réel progrès.

La résection du conduit membraneux nous semble plus simple que les différents procédés de plastique utilisés en pareils cas ; elle diminue plutôt la durée du traitement ; faite avant la trépanation elle empêche l'arrachement de la paroi membraneuse antérieure et donne un jour beaucoup plus considérable que l'écarteur qu'elle peut remplacer.

---

#### IV

### INFLAMMATION HEMORRHAGIQUE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET DE L'OREILLE MOYENNE (1).

Par **L. BAR** (Nice).

Dans un précédent travail sur « l'Otite externe Hémorrhagique » nous avons indiqué que cette affection inflammatoire à réaction plus ou moins intense et caractérisée à son début par l'apparition dans le méat de phlyctènes hémorrhagiques se terminant généralement sur place sans invasion ou propagation pathologique à l'oreille moyenne. Cette propagation est cependant possible, soit que l'otite externe hémorrhagique ait été secondaire à une inflammation propre du tympan, soit que cette même inflammation évoluant à ses débuts dans la couche dermique du conduit se soit propagée de proche en proche jusqu'à l'oreille moyenne occasionnant tout d'abord une myringite aiguë puis une inflammation semblable de l'oreille moyenne. Le cas suivant peut être cité à titre de contribution aux recherches qui peuvent être faites à ce sujet.

M. Schm., âgé de 25 ans est un homme fortement constitué et dont les antécédents héréditaires et personnels ont révélé une santé jusqu'ici parfaite, avec un tempérament arthritique.

Il y a six semaines environ, il nous fit venir chez lui parce que pendant la nuit il avait été pris tout à coup de douleurs intolérables dans son oreille droite, alors que la veille il n'avait éprouvé en cet endroit que quelques troubles subjectifs qu'il avait jugé

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie, de Laryngologie et de rhinologie (Réunion de mai 1904).

insignifiants. L'examen nous fit constater d'abord qu'il n'y avait d'autre signe de réaction générale qu'une excitation particulière du système nerveux, bien naturelle eu égard aux douleurs qu'il éprouvait dans son oreille externe et au suintement sanguin qui en très petite quantité, il est vrai, mais noirâtre et non séro sanguinolent, exsudait par le méat externe. De l'examen que nous nous hâtâmes de faire, il parut ressortir que nous avions affaire à une de ces otites hémorragiques externes que nous avons récemment décrites et auxquelles Delstanche, Politzer, Von Trælsch ont depuis bien longtemps donné leur créance. Le conduit auditif externe en effet était recouvert de phlyctènes remplies d'un sang noir, étalées sur toute la surface du méat osseux obstruant la lumière du conduit au point de rendre le méat peu visible et dont quelques-unes déchirées laissaient suinter un sang veineux, pur en apparence de toute sérosité. — Dans la gorge et le nez une simple hyperhémie indiquait que là, toute chose n'était pas en ordre. En effet, après avoir prescrit un traitement légèrement antiseptique : Eau boriquée et glycérine phéniquée pour le conduit et ordonné de l'antiseptie rhinopharyngienne avec du bromure de potassium pour calmer l'état névropathique du malade, nous décidâmes de revoir ce cas dès le lendemain. Mais à notre seconde visite les choses avaient changé car si du méat on voyait toujours sourdre une même évacuation sanguine, d'autre part une douleur vive à la pointe de la mastoïde et des douleurs à la zone du facial était digne d'attirer notre attention. De plus, une tuméfaction du pilier droit du pharynx aidait à suspecter une mastoïde. Enfin par l'arrière cavité des fosses nasales à droite, se faisait un suintement hémorragique qui paraissait provenir de l'oreille malade par voie tubaire et grâce auquel en l'absence d'un signe précis indiquant une propagation de l'otite hémorragique externe au tympan, on pouvait déclarer que l'oreille moyenne était également atteinte d'une inflammation hémorragique analogue.

Sans apparence fébrile, mais toutefois avec un état saburral de la langue ; sans douleurs de l'oreille mais avec un état douloureux à la pression de la mastoïde et sur la région innervatrice du facial la maladie continua son évolution, donnant : un suintement sanguin pharyngien par voie tubaire, un suintement hémorragique à chaque déchirement spontané ou opératoire des phlyctènes du conduit suintement qui fut finalement remplacé pendant les derniers jours par une sécrétion purulente originaire de la caisse.

Aujourd'hui, après 8 semaines, la cicatrisation tympanique est

faite, il ne reste plus que des traces de la rhinopharyngite intercurrente et quelques vaisseaux dilatés sur le tympan et la durée de la maladie a été de deux mois environ. Il reste une surdité relative.

Cette otite a été selon toute probabilité d'origine grippale se produisant pendant une période où l'influenza était l'état médical du lieu. A considérer la marche de l'affection il est naturel d'admettre que le processus infectieux ayant occupé d'une part le conduit auditif externe n'a eu aucune difficulté à se propager à l'oreille moyenne où déjà l'attirait une congestion d'origine rhino-pharyngienne et grâce au rapport étroit qui, selon les anatomistes et selon Urbantschitsch<sup>(1)</sup> existe au point de vue de la circulation entre la caisse d'une part et d'autre part le conduit auditif, rapport qui rend facile la propagation de l'hyperhémie de ces régions à la caisse. Deltanache<sup>(2)</sup> à propos d'une épidémie d'influenza eut l'occasion plusieurs fois d'observer des hémorragies inflammatoires de cet ordre. Compairé<sup>(3)</sup> cite à son tour un cas d'otite moyenne hémorragique aiguë consécutive à un catarrhe grippal chez un homme de 28 ans et chez lequel ainsi qu'il est arrivé dans notre cas, on n'observa jamais ni vertiges, ni douleur, ni bourdonnement mais seulement une surdité relative. Dans ce cas il n'y eu ni douleur ni suppuration. Enfin Urbantschitsch<sup>(4)</sup> dans ses recherches sur l'hémorrhagie de l'oreille, en dehors des causes traumatiques ou dyscrasiques connues, admet les inflammations aiguës de l'oreille moyenne et du pharynx nasal comme cause d'otite hémorragiques de l'oreille moyenne, affection pour laquelle Schwartz<sup>(5)</sup> porte un pronostic toujours grave. Un de ses malades en mourut en 8 jours et l'autopsie indique : caisse remplie d'un exsudat sero-hémorragique avec de rares cellules de pus. Petite hémorrhagie

(1) URBANTSCHITSCH. — *Maladies de l'oreille*, trad. Calmette p. 243.

(2) DELTANACHE, cité par HERER. *Annales, des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1893, p. 629.

(3) COMPAIRÉ. — *Annales des mal. oreille, nez, larynx*, p. 338.

(4) URBANTSCHITSCH. — *Loc. cit.*

(5) SCHWARTZ. — *L'oreille*, Mal. Chir. p. 230, trad. Ratel.

dans le diploé ; tâche rouge bleuâtre sous le toit du tympan, inflammation hémorragique des canaux semi-circulaires. Infiltration hémorragique du diploé de la pyramide. Liquide séropurulent dans le limaçon. De plus à la suite des examens histologiques auxquels Haberman<sup>(1)</sup>, s'est livré à ce sujet il résulte que les nombreuses colonies de staphylocoques qu'il a trouvées sur les parois des vaisseaux enflammés seraient la cause de la forme hémorragique de l'inflammation de même que dans des inflammations purulentes hémorragiques graves avec nécroses partielles de la muqueuse de la caisse et du tissu de la membrane du tympan le *Staphylococcus pyog.* aureus serait en cause. C'est ce que nous avons rencontré pour un cas cité dans notre précédent travail et nous regrettons que les circonstances n'aient pas permis dans cette nouvelle observation de conclure par des recherches semblables.

La durée de cette inflammation hémorragique de l'oreille moyenne a duré plus de six semaines c'est-à-dire beaucoup plus du double de la durée de l'inflammation hémorragique de l'oreille externe. Elle est toujours d'un pronostic grave.

Les soins thérapeutiques ont consistés ainsi que le conseille Politzer<sup>(2)</sup> pour l'otite externe hémorragique en lavages boriqués de l'oreille externe et antisepsie de la région rhinopharyngienne. Toutefois dès que l'otite est devenue purulente le lysol 5 % a paru l'antiseptique de choix pour lavage du conduit.

---

(1) HABERMAN cite par STENBRUGGE. — *Anatomie pathologique*, p. 74, trad. Ratel.

(2) POLITZER. — *Traité des maladies de l'oreille*, 1883. trad. Joly p. 537.



V

SINUSITE FRONTALE AVEC EMPYÈME DU SINUS  
MAXILLAIRE CHEZ UNE FEMME DE 77 ANS.  
REFUS D'OPERATION. MORT (1)

Par **Georges MAHU.**

Ancien assistant-suppléant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital  
Saint-Antoine.

Le 30 juillet dernier, je fus appelé auprès d'une dame de 77 ans, souffrant d'une douleur sourde de la région du sinus frontal gauche avec écoulement purulent unilatéral extrêmement abondant du même côté (une dizaine de mouchoirs dans les 24 heures.)

D'une assez bonne santé malgré son grand âge, cette dame n'avait été traitée par son médecin que pour quelques crises de coliques hépatiques se reproduisant à 6 mois ou un an de distance, et, récemment elle avait été opérée d'un glaucôme à l'œil droit.

Dès le premier examen, je remarquai, en dehors d'une sensibilité exquise à la pression de la région du sinus frontal gauche, une trace blanche nette d'écoulement purulent dans le méat moyen.

De plus, la cacosmie subjective et les douleurs dentaires accusées par la malade à l'endroit des première et deuxième grosses molaires supérieures gauches cariées, me firent penser qu'il pouvait s'agir là d'une sinusite fronto-maxillaire chronique.

(1) Communication à la Société française d'otol. de laryng. et de rhinol. le 2 mai 1904.

La transillumination en montrant le sinus frontal et le sinus maxillaire gauches nettement opaques, affermit ma conviction.

Enfin des lavages par la voie du méat inférieur expulsèrent de l'antra une quantité abondante de pus épais, mal lié et extrêmement fétide.

Tout concourait donc à affirmer mon diagnostic, si je m'en étais tenu là. Mais au cours du premier lavage et des lavages suivants, je pratiquai — ainsi que je le fais maintenant dans tous les cas similaires, — le jaugeage du sinus maxillaire supposé atteint et je constatai que le volume du liquide aspiré était de 5 centimètres cubes, c'est-à-dire beaucoup trop important pour qu'il puisse s'agir d'une sinusite maxillaire chronique vraie.

Le diagnostic se trouvait donc ainsi modifié : *sinusite frontale chronique avec empyème du sinus maxillaire*.

J'eus d'ailleurs la satisfaction de vérifier l'exactitude de ce diagnostic, car après trois lavages suivis de trois jaugeages faits à une semaine d'intervalle avec les mêmes résultats, les molaires cariées continuant à être douloureuses, leur avulsion fut décidée, et, aussitôt après cette opération, je pus constater que le dôme intra-sinusal de l'alvéole correspondant à l'une d'elle était détruit : l'orifice ainsi découvert fut agrandi séance tenante à la curette et, par la large fenêtre ainsi obtenue, il me fut possible de me rendre compte au moyen d'attouchements des parois sinusitales à l'aide du stylet et même par la vue, aidé de l'éclairage électrique, que la muqueuse tapissant ces parois était ferme et saine.

Afin d'acquiescer la certitude qu'il ne provenait du sinus maxillaire aucune sécrétion purulente, sa cavité fut à diverses reprises, bourrée de gaze iodoformée qui fut retirée sans souillure 24 heures plus tard.

Dans les jours qui suivirent, je me contentai d'introduire dans la cavité antrale, sans la combler, une courte mèche qui fut chaque fois retirée trempée de pus.

C'était la preuve indéniable de l'existence d'une *sinusite frontale chronique seule dont le pus se déversait en partie dans le sinus maxillaire*. Cas analogue à ceux déjà rapportés, entre autres, par Lubet-Barbon, Furet, Lermoyez et moi-même.

Les douleurs frontales persistant et l'abondance de l'écoulement purulent augmentant de plus en plus, en même temps que s'affaiblissait la malade, la question d'une trépanation du sinus frontal devait au moins être posée à la famille ; mais, après discussion avec M. le prof. Le Dentu appelé en consultation, il fut décidé qu'on s'abstiendrait de toute autre intervention à cause de l'âge avancé de la patiente.

Ceci se passait le 3 octobre. Le 16 du même mois, vers 4 heures du soir, en venant faire le pansement, je fus pris à part par un membre de la famille qui me dit que sa parente, prise le matin d'un frisson violent, dormait profondément depuis et qu'on n'avait pas osé la réveiller. La pauvre femme était dans le coma sans mouvement et ne répondant plus aux questions. Il n'existait aucun signe de paralysie. La température était de 39°,6 et le pouls à 140.

Le prof. Le Dentu, le médecin de la famille et moi n'hésitons pas à pronostiquer une issue fatale très proche ; mais nous fûmes bien étonnés le lendemain matin en retrouvant la vieille dame souriante, nous reconnaissant et nous parlant parfaitement avec une température de 37°.

Je dois ajouter que ce répit fut de courte durée, car le soir même elle était de nouveau dans le coma et le lendemain à 6 heures du matin elle était morte.

Deux points me paraissent surtout mériter l'attention dans cette courte observation :

1° Le danger de ne pas intervenir de bonne heure dans les cas de sinusite frontale chronique confirmée ;

2° L'importance d'un diagnostic précis dans les cas de polysinusites.

Il était à espérer en effet que, par une simple trépanation du sinus frontal avec curettage et drainage aussi complet que possible du foyer infecté, on aurait sauvé la vie de la patiente. De plus, si l'on considère avec quelle rapidité la mort est survenue, on se rendra compte qu'on n'est pas en droit, ici comme à la rigueur on le pourrait faire dans les sinusites maxillaires chroniques, d'attendre pour opérer une complication quelconque, ou que les symptômes gênants aient rendu la vie insupportable aux malades pusillanimes. Rien ne doit faire re-

tarder l'intervention et c'est dès le début que le médecin doit en faire comprendre aux patients l'absolue nécessité.

En second lieu, on voit que si, dans ce cas, on s'en était tenu aux signes classiques, le diagnostic de sinusite fronto-maxillaire chronique devait être fatalement porté et, en cas d'intervention on eut été amené à pratiquer une double trépanation, celle du sinus frontal et celle du sinus maxillaire.

Le jaugeage du sinus maxillaire fait minutieusement à plusieurs reprises, nous a seul montré l'inutilité de cette dernière trépanation.

Je suis donc heureux d'insister une fois de plus, en connaissance de cause et avec un fait précis à l'appui, sur la valeur de mon *signe de capacité*, en vue du diagnostic différentiel entre l'empyème maxillaire et la sinusite chronique.

Loin de moi l'idée de voir dans ce signe une preuve mathématique permettant d'affirmer le diagnostic dans tous les cas sans exception. Je m'attache, au contraire, avec le plus grand soin à recueillir les causes d'erreur possibles chaque fois que j'en trouve à l'occasion.

C'est ainsi que j'ai enregistré — sans toutefois avoir eu encore l'occasion de la vérifier personnellement — l'interprétation erronée signalée par Lubet-Barbon et pouvant provenir du jaugeage d'une cavité antrale dans les cas de sinusite vraie par récurrence dans un sinus maxillaire déjà opéré, complètement ou incomplètement.

Permettez-moi de vous signaler aussi en deux mots le cas d'une jeune fille de 16 ans, que j'ai opérée le 9 novembre 1903, dans le service de M. Lermoyez et chez laquelle le volume du sinus maxillaire intéressé était réduit à celui d'un haricot. L'erreur qui fut faite dans ce cas était fatalement inévitable.

Il s'agit seulement d'un *signe clinique* qui n'est pas plus certain que les autres signes cliniques de même ordre mais qui, comme ces derniers, acquiert peu à peu de la valeur au fur et à mesure qu'il se vérifie dans un plus grand nombre de cas.

---

## VI

### TROMBOPHLEBITE DU SINUS LATÉRAL AVEC SYMPTÔMES CÉRÉBELLEUX. LIGATURE DE LA VEINE JUGULAIRE, NETTOYAGE DU SINUS MALADE, PONCTIONS NÉGATIVES DANS LE CERVELET. GUÉRISON. DE L'INNOCUITÉ DES PLAIES DRAINÉES DE LA DURE-MÈRE ET DU CERVEAU

Par **TAPTAS.**

Directeur de la Clinique internationale de Saint-Georges,  
à Constantinople.

OBSERVATION. — Le mois d'août dernier j'étais appelé pour voir un jeune garçon de 15 ans, d'aspect chétif, souffrant depuis une dizaine de jours de maux de tête accompagnés de fièvre forte à rémissions brusques et répétées, de vertiges, de vomissements et de difficulté à la marche. L'intelligence était intacte.

Son médecin, ayant remarqué un écoulement ancien des oreilles, avait conseillé de nous consulter.

A notre examen, l'oreille droite qui coulait depuis quatorze ans et avait subi de longs traitements antécédents, bien que remplie de pus fétide, ne donnait pas de symptômes de rétention, tandis que l'oreille gauche, qui coulait aussi depuis quatre à cinq ans, présentait de gros polypes baignant dans du pus et bouchant complètement le conduit. En plus, l'apophyse mastoïdienne de ce même côté paraissait plus ou moins sensible à la pression.

Vu l'absence de toute autre cause pouvant expliquer l'état général et devant l'état décrit, nous proposons la trépanation de la mastoïde à gauche.

Celle-ci ne put être faite que trois jours plus tard, à ma clinique. Pendant les deux derniers jours, une infiltration sous-cutanée s'était même présentée derrière l'oreille. Aussitôt les parties molles incisées, du pus apparut sous le périoste. L'os était déjà en partie perforé par une grande masse cholestéatomateuse qui, en outre, avait tellement rongé intérieurement l'apophyse dans tous les sens que, une fois ces masses curettées, l'opération de

l'évidement de la mastoïde s'était trouvée avoir été spontanément faite. L'os ne montrait profondément aucune fistule, aucune lésion macroscopiquement visible. Néanmoins, ne pouvant pas croire que toute la symptomatologie décrite pouvait dépendre du foyer trouvé, nous avons décidé d'enlever un morceau de la plaque profonde de l'apophyse pour inspecter la dure-mère et le sinus latéral. Au premier coup de ciseau un liquide séreux verdâtre s'écoula d'entre l'os et la dure-mère. L'orifice créé élargi, nous avons constaté que la dure-mère, sur tout le trajet du sinus latéral et des deux côtés de celui-ci, présentait un teint jauneverd de feuille morte, et était couverte d'un exsudat séreux. Le sinus latéral était vide et aplati. Devant cet état, avec des instruments propres, nous cherchons la veine jugulaire, et après avoir constaté qu'elle était normale et remplie de sang fluide, nous la coupons entre deux ligatures au-dessus du tronc thyro-linguo-facial, puis nous refermons la plaie cervicale en conservant au dehors de la plaie le fil du bout supérieur de la veine. Passant alors de nouveau à la plaie auriculaire, après avoir découvert le sinus le plus loin possible dans les deux directions, nous l'incisons longitudinalement. Son intérieur était vide et sa lumière effacée par l'aplatissement de ses parois. Puis, avec une curette, nous enlevons quelques caillots dans les deux directions, jusqu'à l'apparition de sang fluide. Ensuite nous tamponnons avec de la gaze iodoformée les deux bouts, et plaçant au-dessus encore de la gaze stérilisée nous fermons la plaie, après avoir terminé l'autoplastie du conduit auditif.

Le soir même T. 37°. Le lendemain matin T. 37°, mais vers le soir, grand frisson accompagné de 39°,5.

Devant ce frisson pyhémique et préoccupé des symptômes d'une lésion du cervelet présentés par le malade avant l'opération, je n'hésite pas à l'endormir de nouveau le lendemain au matin. Alors après élargissement de la brèche osseuse et mise à découvert de la dure-mère nécrotique dans une distance suffisante derrière le genou du sinus latéral, j'incise celle-ci par une incision en croix de deux centimètres de longueur. Aussitôt le cervelet faisant hernie entre les lèvres de l'incision je le ponctionne par un fin bistouri propre dans deux directions. Les ponctions ayant été négatives, je refais mon pansement, laissant l'incision de la dure-mère ouverte.

Suites excellentes. Pas de montée de température. La cicatrisation de l'oreille, bien que lente, ne s'est pas moins faite normalement.

Au bout de six mois, l'oreille était complètement épidermée. Derrière l'oreille il y a un grand enfoncement au milieu duquel le cervelet peut être senti battre sous la peau dans l'étendue de 2 centimètres, l'os ne s'étant pas encore complètement reformé. La plaie cervicale s'est réunie par première intention.

L'oreille droite, dont l'écoulement continuait depuis l'enfance, causant aussi de forts maux de tête, a été entre temps aussi évitée. Elle était le siège d'un cholestéatome fétide qui avait rongé l'os très loin et n'aurait pas tardé à répéter le même tableau qu'à gauche. Cette oreille aussi fut épidermée au bout de sept mois.

Si je donne à la publication cette observation, malgré le très grand nombre de cas de thrombophlébites du sinus latéral qui ont été communiqués, c'est que chaque cas nouveau ne manque pas de quelque trait particulier qui en rend la relation didactique.

Ainsi nous tenons à faire remarquer que si c'est bien la règle, de n'ouvrir l'intérieur du crâne pendant le traitement d'une mastoïdite que dans les cas où le nettoyage complet de la mastoïde, fait dans une première séance, n'a pas suffi à faire disparaître les symptômes de l'infection, on ne doit pas pourtant s'y attacher outre mesure et devant des symptômes un peu alarmants il vaudra mieux, dès la première intervention, inspecter le sinus et la dure-mère. Souvent on découvrira des lésions auxquelles on s'attendait le moins et on aura évité ainsi la perte de plusieurs jours d'attente au moins inutile sinon grandement nuisible. Dans ma pratique, j'ai toujours agi avec beaucoup de méfiance devant les cas de mastoïdite les plus bénins en apparence et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Bien sûr le nettoyage de l'apophyse doit être dans tous les cas, graves ou légers, aussi complet que possible, car la négligence de la moindre cellule mastoïdienne malade peut, en faisant persister la fièvre et les douleurs, rendre la situation embarrassante.

Après le nettoyage complet de l'apophyse et malgré l'absence de phlébite ou de pachyméningite externe, les phénomènes infectieux peuvent quelquefois continuer pendant quelques jours à la suite de la présence de toxine dans le sang mais ne tardent pas alors à disparaître spontanément. Si l'infection persiste ou des symptômes cérébraux s'y ajoutent, il ne

faut pas hésiter pour intervenir une seconde fois sous le chloroforme, soit pour nettoyer le sinus latéral après ligature de la jugulaire, soit pour examiner le cerveau ou le cervelet selon les présomptions acquises. Les ponctions du cerveau doivent être faites avec des instruments propres et après incision cruciale de la dure-mère d'au moins deux centimètres. Le cerveau venant à faire habituellement hernie entre les lèvres de l'incision, tout danger de contamination de la cavité arachnoïdienne devient impossible. J'ai quelquefois eu l'occasion de faire des ponctions pareilles, jamais je n'ai eu le moindre accident, bien que le champ opératoire ne fût pas toujours aseptique. Cette innocuité est due à ce que la plaie étant maintenue ouverte tout danger de rétention est écarté.

De ces incisions exploratrices, je rapprocherai un cas où, pendant le curettage de l'antre au cours d'une mastoïdite aiguë, à la suite d'un éclairage et d'assistance très défectueux, il m'était arrivé de perforer accidentellement la dure-mère fongueuse et de pénétrer avec la curette souillée de pus dans la cavité arachnoïdienne. Aussitôt, je m'étais aperçu du fait, mais c'était déjà trop tard, ma curette venait même d'entamer une parcelle de substance cérébrale. Devant le fait accompli j'avais été très troublé. Finissant néanmoins mon opération, je laissai la plaie de la dure-mère ouverte, l'élargissant légèrement et je couvris le tout d'un pansement humide à l'eau formolée faible. Je changeai le pansement matin et soir. Dès le second jour on pouvait voir l'incision de la dure-mère béante. En écartant ses lèvres à l'aide d'un stylet, une petite quantité de liquide encéphalique propre s'en écoulait. Au bout de deux jours, je remettais des pansements aseptiques secs. La plaie se fermait par bourgeonnement. La guérison de la mastoïde était complète au bout de cinq semaines.

Le cerveau se comporte comme tous les autres tissus de notre organisme. Aussitôt que la rétention s'y fait, l'infection en vase clos est établie. Ici, en plus, la délicatesse et la noblesse du tissu atteint, rend les conséquences immédiates ou tardives plus sérieuses. Au contraire, un drainage franc du point infecté facilite de même que partout ailleurs la restitution complète.

---



## VII

Travail de l'hôpital d'enfants « Stéphanie » à Budapest.

---

### ABCÈS RETROPHARYNGE D'ORIGINE AURICULAIRE; ÉROSION DE LA CAROTIDE; MORT PAR HÉMORRHAGIE 24 HEURES APRES L'OUVERTURE DE L'ABCÈS

Par **Ferd. KLUG.**

Chef du service otologique.

Dans la littérature médicale on connaît assez de cas d'érosion de la carotide avec hémorrhagie consécutive à une otite moyenne. On sait aussi que les inflammations de la caisse peuvent occasionner des abcès à distance dans le rétro-pharynx. L'année dernière, j'ai eu occasion d'observer un cas d'otite moyenne qui a été accompagné de ces deux complications graves. La malade a fait une hémorrhagie d'abord dans l'abcès et ensuite une autre à l'extérieur, par la bouche. L'observation clinique et l'examen nécropsique sont très intéressants et très instructifs, ce qui me décide à les publier.

Sz. Suzanne, fillette de 12 ans, a été reçue à l'hôpital le 12 septembre 1902, pour un écoulement purulent de l'oreille gauche, qui date de deux ans. Il y a un an, il s'est formé derrière l'oreille une tumeur assez grosse qui a été incisée par un médecin. Depuis, le pus s'écoule par cette fistule également. Les commémoratifs anamnestiques quant à la tuberculose manquent.

L'oreille droite est normale. A gauche le pavillon est normal. Le conduit externe est rétréci concentriquement et rempli de pus

fétide. Derrière l'oreille, sur le corps de l'apophyse mastoïde, se trouve une brèche qui, creusée en forme d'entonnoir, permet de sentir, à une profondeur de 1 centimètre, de l'os dénudé. De cette ouverture sort du pus qui humecte la peau avoisinante. Autrement l'enfant est bien portante.

*Le 15 septembre*, avant qu'on pratique l'opération projetée, l'enfant a des frissons et commence une fièvre scarlatine qui dure jusqu'au 25 septembre. Ce jour, en changeant le pansement j'enlève de la brèche rétro-auriculaire, avec une pince, un séquestre.

*1<sup>er</sup> octobre.* La plaie derrière l'oreille commence à se nettoyer, l'écoulement diminue, pas d'odeur fétide. La plaie se rétracte en forme de cratère, et a une tendance nette à la guérison. Il se forme dans la plaie un tissu bourgeonnant, d'un rouge vif. Depuis l'extraction du séquestre, la guérison semble être dans la meilleure voie. Aucune complication ne paraissant imminente. Comme l'enfant était fatiguée et très affaiblie, je décide d'attendre quelques jours avant d'entreprendre l'opération, pour que l'enfant se rétablisse.

*Le 2 octobre*, l'enfant a de nouveau 39°, et se plaint de douleur dans l'oreille gauche. Dans les urines on trouve un peu d'albumine. En dehors de l'écoulement de la brèche rétro-auriculaire, il n'y avait aucune altération auriculaire pouvant expliquer la fièvre, force nous était d'envisager l'hypothèse d'une néphrite scarlatineuse. La fièvre a duré jusqu'au 8 octobre. L'écoulement était modéré et peu fétide. Les ganglions du cou, de l'aisselle, surtout à gauche, sont tuméfiés, recouverts de peau normale et insensibles. Le premier bruit du cœur s'entend mal, mais il n'y a pas de souffle. L'albumine dans l'urine a augmenté. L'enfant est très affaiblie. La température, surtout le soir, a des poussées irrégulières, mais il n'y a pas de frisson.

*Le 14 octobre*, l'albumine avait presque complètement disparu, mais la fièvre vespérale continuait. L'état de la plaie, des ganglions cervicaux, de l'écoulement est sans changement. Le soir du 15 octobre, la température est de 39°,7. Sur le côté gauche de la paroi postérieure du pharynx se montre une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur, ouverte par incision, laisse échapper la valeur d'une cuiller à bouche de pus. On conseille un gargarisme boriqué, et l'on décide l'opération radicale de l'oreille pour le lendemain.

*Le 16 octobre*, la malade était sans fièvre. Elle expectore, le matin, un peu de sang, mais se sent soulagée ensuite. La respiration et la déglutition sont libres. Le matin, à dix heures, pen-

dant la visite, la malade est pâle mais se sent très bien. La paroi postérieure du pharynx bombait en avant, l'abcès s'était rempli de nouveau. Quelques instants après l'examen, la malade est prise d'une hémorrhagie abondante, d'apparence veineuse. Bientôt elle expectore des masses fibrineuses plus ou moins grosses, longues jusqu'à 15 centimètres et larges de 2 centimètres. Le sang est plus clair vers la fin de l'hémorrhagie seulement. Mais l'enfant devient de plus en plus pâle, et meurt malgré des injections d'ergotine, de camphre, d'éther. L'autopsie faite par Preisich donne le résultat suivant :

Tuberculose miliaire subaiguë généralisée, otite moyenne, suppurée chronique gauche, avec carie de l'apophyse mastoïde. Abscès rétropharyngé. Péritite et ulcération de la carotide interne gauche. Pleurésie adhésive chronique gauche. Endocardite verruqueuse chronique de la valvule mitrale et insuffisance de l'orifice veineux gauche. Tuberculose du myocarde. Périhépatite et péri-splénite chronique fibreuse.

Derrière le pavillon de l'oreille gauche, correspondant à la partie supérieure de l'apophyse mastoïde se trouve une petite ouverture large de un demi-centimètre qui, en forme d'entonnoir, conduit dans le corps de l'apophyse mastoïde, un peu en dedans et en arrière. Cette brèche est profonde de un demi-centimètre, recouverte d'une membrane pyogène lisse. Un chemin droit conduit en avant dans la caisse tympanique, et en arrière dans la partie diploétique de l'apophyse.

Par le conduit externe on retire avec une mèche de gaze un morceau d'os nécrosé, de forme irrégulière et de quelques millimètres de dimension. Dans la cavité nasale se trouve un peu, dans la cavité buccale une trace de sang coagulé. Le côté gauche du cou est un peu gonflé. Le tissu fibreux au-dessous du maxillaire inférieur est œdématié. Les ganglions de cette région ainsi que ceux de la région carotidienne sont gros comme un petit pois, durs, leur surface de section est lisse, grisâtre. Les veines et les artères, suivies jusqu'à la base du crâne, sont vides. Entre le larynx et la colonne vertébrale, à la hauteur du muscle stylo-hyoidien et surtout en arrière de ce muscle, latéralement voisinant avec les grands vaisseaux du cou, se trouve une tumeur élastique. La muqueuse du larynx est lisse, recouverte d'un peu de sang non coagulé. La muqueuse du pharynx bombe en avant. Sur sa plus grande partie elle est pâle, seulement dans sa portion nasale, elle est gris rougeâtre. La muqueuse est très amincie dans la dimension d'une pièce de cinquante centimes, et plusieurs fois perforée.

La plus grande perforation est large de 3 millimètres. Derrière la muqueuse et les muscles du pharynx, se trouve une cavité de la grandeur d'un œuf de poule dont les parois imbibées, de sang, contiennent du coagulum sanguin. Cette cavité se continue en s'arrondissant jusqu'à l'os hyoïde en bas, et jusqu'à la base du crâne en haut. A gauche, la paroi de l'abcès est voisine sur l'étendue d'un petit pois de la paroi médiane de la carotide interne. Le vaisseau porte à cet endroit une infiltration hémorragique et est largement couvert de granulations. La paroi de la carotide est très amincie à cet endroit et porte une perforation. La tunique interne est colorée d'un rouge grisâtre, mais elle est partout lisse, luisante. La veine jugulaire est séparée de la cavité de l'abcès par une couche très mince d'un tissu conjonctif œdématisé. L'endothélium de la veine est lisse. Entre l'abcès et la base du crâne, il y a partout du tissu conjonctif œdématisé.

Dans le larynx et les bronches, surtout à droite, jusque dans les bronches des 2° et 3° degrés, se trouvent des caillots brun rouge. Chaque organe, même les muscles, porte des tubercules miliaires. Dans les poumons, les tubercules ont la grandeur d'une tête d'épingle, dans le foie ils sont petits comme des pointes d'épingle. Les pyramides du rein portent une striation jaune en plusieurs endroits. Dans les sinus veineux, il y a un peu de sang fraîchement coagulé. La substance cérébrale est pâle.

L'observation et le résultat de l'autopsie sont instructifs sous plusieurs rapports. Nous avons reçu l'enfant à l'hôpital pour guérir son otopathie par une opération. Mais l'enfant tombant malade de scarlatine, il a fallu différer l'opération. Nous avons pu nous résigner à ce retard parce qu'il n'y avait pas de danger immédiat pour la vie. Ni le cerveau, ni le sinus ne semblaient malade, d'autres complications n'existaient pas, le facial était sain. Une opération, après la guérison de la scarlatine, promettait un meilleur résultat qu'une opération en pleine pyrexie. Après la guérison de la scarlatine, l'enfant était si faible que j'ai cru préférable d'attendre encore avant d'opérer, pour que l'enfant rétablît un peu ses forces. L'attente était d'autant plus justifiée, que j'ai pu enlever un grand séquestre par la brèche mastoïdienne, et que l'aspect de la plaie devenait meilleur après l'extraction de ce séquestre. Il s'est développé une poussée de bourgeons qui marquait une tendance vers la

guérison. Mais au lieu de regagner ses forces, l'enfant s'affaiblissait de plus en plus. Elle a de nouveau de la fièvre, une néphrite se déclare. Entre temps l'écoulement de l'oreille diminue. La fièvre était continue d'abord, bientôt elle est devenue irrégulière. Pendant que la néphrite guérissait, l'action du cœur devenait insuffisante. La fièvre était irrégulière, mais elle n'avait pas le caractère de la pyémie; il n'y avait pas de frisson. Ainsi il fallait attendre encore avant d'opérer. Cet état se continua jusqu'au 15 octobre. Pendant ce temps, les ganglions, surtout ceux du cou, se tuméfiaient. Cette perte rapide de forces, cette fièvre irrégulière, l'état général de la malade éveillaient l'hypothèse de la tuberculose et, malgré l'absence d'une preuve, nous acceptons le diagnostic de tuberculose.

Ce jour, le 15 octobre, on découvre un abcès assez gros dans la paroi postérieure du pharynx que nous supposons être d'origine otique. On ouvre l'abcès le jour même. Il en sort du pus, sans aucune trace de sang. Le lendemain, à la visite du matin, l'enfant paraissait très pâle, et crachait souvent du sang. La paroi du pharynx bombait de nouveau, l'abcès était rempli de nouveau. Aussitôt après a eu lieu l'hémorrhagie, dont nous avons parlé dans l'observation. Cette hémorrhagie paraissait d'abord être veineuse, seulement, à la fin, le sang devenait un peu plus clair. Pendant les dix minutes que l'hémorrhagie a duré, l'enfant a perdu à peu près 800 grammes de sang. Malgré l'emploi de différents moyens hémostatiques, l'hémorrhagie s'est arrêtée seulement quand la pression était descendue à un minimum. Le pouls était impalpable, les extrémités étaient froides, les lèvres cyanosées, la figure était moite. Pendant qu'on essaie encore une injection sous-cutanée de sérum physiologique, l'enfant meurt.

L'autopsie a donné l'explication de ce cas. Elle a montré comment le pus est descendu dans le pharynx pour se collecter en abcès. Entre l'ouverture de l'abcès qui a eu lieu à 3 heures de l'après-midi et la visite matinale du lendemain à 10 heures, l'ulcération de la carotide interne s'est effectuée. Le sang a coulé de la carotide, par le chemin tracé par le pus, dans la cavité de l'abcès. Dans cette cavité l'enfant a fait une hémorrhagie

qui a duré jusqu'à ce que la paroi de l'abcès incisée la veille, se fut de nouveau rouverte. A ce moment l'hémorrhagie est devenue foudroyante et l'enfant est morte d'hémorrhagie avant qu'on eût pu songer à un procédé radical d'hémostase, la ligature de la carotide par exemple. Le sang était tellement foncé qu'on pouvait croire à une hémorrhagie veineuse. Le sang a pris cette teinte pendant son séjour dans la cavité de l'abcès. L'ulcération de la carotide a été trouvée seulement au cours de l'autopsie. L'intégrité des sinus et des veines a été constatée à cet examen. L'hémorrhagie s'est effectuée non pas par le conduit, ou par la plaie derrière l'oreille, mais en bas dans la cavité de l'abcès et par là à l'extérieur. La cause est peut-être ce petit séquestre baignant dans du pus et représentant la paroi externe du canal de la carotide. Comme la pression sanguine chez cette enfant affaiblie n'était pas très forte, ce séquestre n'a pas cédé à la pression et le sang a pu s'échapper plus facilement dans la cavité de l'abcès par le chemin préformé. L'irrégularité de la fièvre a été causée par la granulie. Il n'y avait aucune trace de pyémie, pas de thrombose sinusale, ni aucune complication intra-crânienne.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE <sup>(1)</sup>

Séance du 23 novembre 1903.

Président : URBANTSCHITSCH.

Secrétaire : FREY.

1. POLITZER présente une jeune fille de 20 ans qui, à 12 ans, a eu la scarlatine et qui, depuis l'âge de 16 ans se plaint d'entendre moins bien, d'avoir des vertiges, du bourdonnement, une sensation de pression dans les yeux, de la céphalée frontale.

La malade, reçue dans le service de P., porte dans l'oreille gauche une grande destruction du tympan. On voit, par la brèche, presque toute la paroi interne de la caisse, dont le promontoire, ainsi que le reste du tympan, est de couleur grise. On voit nettement la tête de l'étrier, la grande branche de l'enclume manque Rinne négatif; voix haute à gauche à 30 centimètres. L'audition n'est améliorée ni par la douche d'air, ni par le massage. La tête de l'étrier étant nettement visible, entourée de tissu fibreux, P. a exécuté, le 31 janvier, l'extraction de l'étrier sans cocaïne. Immédiatement après, amélioration de l'ouïe. Voix haute à 6 mètres. On fait la protection de la fenêtre ovale avec un tissu de soie (Silk), et une mèche de gaze xéroformée. La malade est invitée à rester couchée sur le côté. Mais elle ne reste pas tranquille et la gaze est trouvée mouillée le lendemain. Pour diminuer l'écoulement du liquide cérébro-spinal, on introduit une petite boulette de coton trempée dans de la paraffine liquéfiée, occlusion avec de la gaze xéroformée. Cinq jours après l'opération, la malade pouvait marcher sans ressentir trop de vertiges. Neuf jours après l'opération on enlève le coton. La fenêtre ovale est couverte

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, n° 42, 1904.

d'un tissu fibreux jeune. Voix haute entendue à 3 mètres. Depuis le pouvoir auditif a eu quelques fluctuations. Revue en juillet pour sa deuxième oreille, on trouve que l'acuité auditive a baissé de 2 mètres. La cicatrice de la fenêtre ovale est rétractée, grise, luisante. Dans la région de la fenêtre ronde, P. trouve une membrane rouge qu'il détruit avec un petit bistouri courbe. Le pouvoir auditif se lève immédiatement, et reste aujourd'hui stationnaire à 5 mètres. Ce résultat est excellent, la malade ayant avant le traitement un pouvoir auditif de 0,30 centimètres.

L'extraction de l'étrier est une opération qui, en Amérique, a été beaucoup employée par Jack et autres, contre la sclérose surtout. Le résultat a été mauvais et ne pouvait pas être un autre dans la sclérose. La suppuration existante est également une contre indication pour l'opération. L'indication stricte pour l'extraction de l'étrier demande que la suppuration auriculaire soit tarie depuis longtemps, et que le labyrinthe soit intact. Si, dans ce cas, le massage, l'application d'un tympan artificiel, la synecchotomie, etc., restent sans effet et l'audition reste mauvaise, on peut proposer au malade l'extraction de l'étrier.

#### *Discussion.*

URBANTSCHITSCH n'a eu que des résultats éphémères avec les interventions sur les fenêtres rondes et ovales, et trouve remarquable le résultat obtenu par Politzer. Quant au vertige, U. a constaté sa disparition après extraction involontaire de l'étrier pendant une radicale. Il y a plus de vingt ans, U. en examinant un malade, perfore la membrane de la fenêtre ronde à la suite d'un brusque mouvement que le malade venait d'exécuter. U. applique un tamponnement très serré et arrête ainsi l'écoulement du liquide cérébro-spinal. Le malade n'a eu ni vertige, ni aucune autre indisposition à la suite.

2. ALT présente plusieurs pièces provenant d'un cylindrome de l'oreille.

3. POSZVEK présente un malade atteint d'atrésie du conduit externe de l'oreille. Un jeune homme de 20 ans reçoit un coup de sabre qui sépare presque complètement le pavillon du conduit. Un médecin exécute la suture qui réussit. Le malade n'entendait rien après l'opération ; depuis quelque temps il entend les mots



directement parlés près de l'oreille. A l'examen on trouve le conduit rempli d'un tissu fibreux qui permet à peine le passage pour une sonde très fine. L'opérateur demande quel est le procédé opératoire qui doit être suivi dans ce cas.

*Discussion.*

POLITZER croit que l'atrésie n'est pas très profonde parce que le malade entend le diapason et entend la parole à une certaine distance. Il conseille l'excision du tissu obstruant et la transplantation d'après Thiersch pour empêcher la récidence.

PANZER a vu un cas analogue chez un enfant auquel une roue en mouvement a presque complètement enlevé le pavillon. Wein-techner a essayé tout pour empêcher l'atrésie qui s'est faite malgré tout.

MAX a opéré un cas analogue. Un jeune homme s'était complètement mutilé le conduit pour échapper au service militaire. On ne pouvait rien distinguer d'un conduit ni d'un méat interne, une petite dépression exceptée. Max a incisé cette dépression, perforé un tissu fibreux dans une profondeur de 2 centimètres. Ensuite il mobilise l'hélix et s'en sert pour couvrir le canal. Il arrive ainsi à mettre en contact la partie mobilisée de la peau avec le conduit osseux, et au bout de huit jours le contact est devenu très intime.

URBANTSCHITSCH se rappelle ce cas, et a pu constater le maintien du bon résultat obtenu. U. croit que le procédé indiqué par Politzer est le meilleur ; lui-même a guéri un cas d'atrésie par introduction de drains pendant plusieurs mois.

GOMPERZ a soigné un enfant chez lequel, à la suite d'une otorrhée, le conduit s'est atrésié de sorte qu'une bougie filiforme seule a pu être introduite. La guérison a été obtenue par introduction de tiges de laminaire et de tampons d'ouate. Il serait indiqué d'examiner, dans le cas de Poszvek, l'épaisseur de la membrane, et, si possible, d'essayer la guérison par introduction de tiges de laminaire et de tampons d'ouate.

URBANTSCHITSCH a vu un cas d'atrésie à la suite de cautérisation avec l'acide tartrique. Pour mesurer l'épaisseur de la néo-membrane obstruante, U. a essayé de perforer le tissu avec une aiguille à paracentèse, mais sans succès. Le malade a refusé toute intervention radicale.

4. URBANTSCHITSCH parle des résultats obtenus par l'emploi du thigenol. (Analysé dans les *Annales*).

5. URBANTSCHITSCH présente de petits miroirs en verre destinés à l'examen de la caisse. Ces miroirs sont en verre, ont un diamètre de 3 à 5 millimètres, et donnent une image plus nette que les miroirs en métal dont on s'est servi jusqu'à présent.

---

*Séance du 14 décembre 1903.*

*Président : URBANTSCHITSCH.*

*Secrétaire : Hugo FREY.*

Séance de clôture. Au début le secrétaire lit le rapport administratif.

4. URBANTSCHITSCH. — **Sur la localisation des sensations acoustiques.** — L'auteur rappelle qu'il a publié sur ce sujet un article en 1881, dans les *Archives de physiologie*. Le son du diapason arrivant directement sur l'oreille, ou mieux conduit par un tube acoustique, est localisé dans un certain endroit de l'oreille ou de son entourage. Cette localisation a des dimensions variables, d'un point jusqu'aux dimensions d'une plaque, qui dépendent de la hauteur du son. Quand on fait sonner le même son dans les deux oreilles à la fois, on localise le son ou dans les deux oreilles à la fois, ou vers le milieu de la tête, ce que l'auteur propose d'appeler localisation dans le champ auditif subjectif. Ces champs auditifs dépendent, dans leur localisation, de la hauteur du son.

Quand les deux oreilles ont un pouvoir auditif différent, et surtout quand la différence est notable, le champ auditif s'approche de l'oreille qui entend mieux.

L'attention que le sujet examiné prête aux expériences est très importante quant aux localisations et à la perception de cette localisation. U. se propose de donner des détails sur cette question dans une publication ultérieure.

U. parle encore sur les sensations que provoquent les irritations acoustiques dues aux sons qui sont proches de la limite auditive. Dans les cas où par les exercices acoustiques méthodiques des sons qui, avant ces exercices, n'ont pas été perçus, ont influencé l'acoustique, les sujets ont toujours eu d'autres sensations avant d'avoir des sensations acoustiques. Ces sensations ont disparu devant les sensations acoustiques de plus en plus nettes.

---

SOCIÉTÉ OTO-LARYNGOLOGIQUE DE MUNICH <sup>(1)</sup>

Séance du 19 octobre 1903.

Président : HAUG.

Secrétaire : HECHT.

1. HECHT. — **Ulcération tuberculeuse isolée de l'amygdale pharyngée, sans aucun symptôme subjectif.** — Une jeune fille de 23 ans consulte pour une otite gauche suppurée chronique. Elle est atteinte d'une tuberculose pulmonaire gauche très étendue. Par hasard, on découvre à l'examen, sur le restant de l'amygdale pharyngée, une ulcération ovale assez profonde, avec des bords taillés à pic, et une sécrétion très modérée. Aucun symptôme subjectif, aucune autre lésion nasale. Par exclusion, H. arrive au diagnostic d'ulcération tuberculeuse. Le cas est rare par les circonstances qui ont permis de faire le diagnostic clinique. Tous les cas de tuberculose de l'amygdale pharyngée ont été reconnus jusqu'à présent par l'examen histologique seulement.

2. NEUMAYER. — **Deux cas de goître intratrachéal.** — Deux sœurs, âgées de vingt et quelques années, se plaignent de dyspnée qui, en plusieurs mois, a lentement augmenté. En même temps, la glande thyroïde s'est lentement hypertrophiée. A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur dans la trachée qui obstrue la lumière de la trachée, à tel point que la respiration stridoreuse s'entend même au repos et par la respiration la plus tranquille. Chez une des malades, la tumeur occupe la paroi postérieure et les parois latérales de la trachée, à la hauteur du troisième anneau trachéal, et ne laisse qu'une petite fuite sagittale au milieu. Dans le deuxième cas, la tumeur provient de la paroi postérieure, mais occupe presque tout l'intérieur de la trachée au niveau du troisième et quatrième anneau trachéal.

Les deux tumeurs sont recouvertes d'une muqueuse lisse non ulcérée, sur laquelle on peut suivre plusieurs vaisseaux. Dans le

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Monatsschrift. für Ohrenheilkunde*, n° 2, 1904.

premier cas on constate nettement, avec la sonde, trois lobes qui sont durs au toucher et absolument indolores ; les caractères de l'unique tumeur du deuxième cas sont identiques.

La croissance relativement lente de la tumeur qui s'est effectuée en même temps que celle de la glande thyroïde a éveillé l'hypothèse d'un goître intratrachéal. Un traitement interne à l'iodure de potassium a donné de bons résultats, ce qui, vu l'absence de syphilis, corrobore le diagnostic. En même temps, la glande thyroïde a diminué. Jusqu'à présent on a publié seulement 7 cas de goître intratrachéal. Le diagnostic a été posé seulement au *post mortem* ou *post operationem*, dans tous les cas. Entre eux, tous ces cas ont des analogies par le siège, la forme de la tumeur, l'âge des malades et l'augmentation simultanée de la glande thyroïde.

**3. HAUG. — Otite moyenne chronique suppurée. Thrombose sinusale. Abscès à distance allant jusqu'à la clavicule. Guérison.** — Une jeune fille de 19 ans a été reçue à la clinique avec une supuration chronique de l'oreille moyenne droite, compliquée de mastoïdite et de paralysie faciale totale. Elle a été soignée par un rebouteur qui même a fait une incision sur la mastoïde. Mais la fièvre, les douleurs, l'amaigrissement, la perte des forces ont décidé la malade à s'adresser à la clinique de la faculté.

L'examen permet de constater une paralysie complète du facial, une ulcération tuberculeuse profonde de la « région préauriculaire », une sécrétion abondante fétide par le méat, chute de la paroi postéro supérieur du conduit, destruction du tympan, et présence de granulations. L'apophyse mastoïde est infiltrée, la pointe porte deux ouvertures fistuleuses qui conduisent vers un os dénudé. L'articulation maxillaire, région de l'écaille temporale et des sinus, ainsi que la région de la jugulaire sont douloureuses à la pression et spontanément. Partout dans le cou les ganglions sont tuméfiés, la température est de 39,9. Torticollis symptomatique.

*Opération.* — Destruction tuberculeuse de la mastoïde et de l'écaille du temporal. La dure-mère recouverte de granulations est épaisse, calleuse. Le sinus sigmoïde est rempli sur une étendue de 2 centimètres d'un thrombus presque organisé vers sa périphérie et en fonte purulente vers son centre. Ce thrombus se continue jusque vers la jugulaire en bas et très loin en arrière dans le sinus. On trouve aussi un abcès épidual très étendu au-dessus et au-dessous du sinus et communiquant avec lui par un e

fistule étroite. On excise le sinus sur toute l'étendue du thrombus solide, on fait un complet nettoyage du restant du sinus. On procède ensuite au nettoyage de la caisse et à l'extirpation de toute la partie d'os malade. On obtient ainsi une brèche de la largeur d'une paume de main qu'il est impossible de couvrir entièrement.

Les suites ont été excellentes, mais la malade quitte le service avant la guérison complète. Trois mois plus tard elle revient avec un état général excellent, mais porteuse d'une vaste collection de pus infiltrant toute la région du cou jusqu'à la clavicule. L'irruption de l'abcès dans le médiastin était imminent.

L'opération montre que la crainte de cette irruption était justifiée. Le pus était descendu le long des vaisseaux et leur tunique externe. Deux grandes incisions de 15 et 18 centimètres parallèles au muscle sterno mastoïdien ont donné jour à une quantité de quatre grandes cuillerées de pus. L'origine de cet abcès était la suivante : une fistule derrière l'attache du muscle sterno-mastoïdien conduisait en haut vers une partie de l'os qui s'était cariée après l'opération, et d'ici la fistule se continuait dans un nouvel abcès extradural, près du sinus oblitéré. Les suites opératoires étaient bonnes, mais la guérison a été longue et a nécessité plusieurs séances de transplantation, et n'est pas complète au moment de la présentation.

4. HAUG. — **Nécrose totale du limaçon.** — Une malade atteinte d'une suppuration auriculaire présente des symptômes d'une irritation labyrinthique. On fait un Stacke et on reconnaît que l'inflammation n'a touché que l'attique et l'antre.

La paroi latérale de l'attique est cariée, le marteau et l'enclume sont ensevelis dans des granulations.

Sur la paroi du labyrinthe, près de l'étrier, une partie de la muqueuse est de coloration gris sale, mais elle n'est pas perforée. L'étrier est relativement sain, et il a été laissé sur place. La plaie a été fermée aussitôt.

Les symptômes attribués à l'irritation labyrinthique ont disparu après l'opération, de même la suppuration. Un mois après l'opération la malade se plaint de nouveau de vertiges. On curette quelques granulations et on ramène avec elle l'étrier carié. Malgré plusieurs curettages les granulations repoussèrent. Bientôt une parcelle de la paroi labyrinthique suit la curette ; les vertiges continuent et enfin tout le limaçon est éliminé en sequestre. Maintenant la guérison s'établit vite. Le facial reste intact, ce qui

est remarquable, parce que généralement la paralysie du facial s'associe à la nécrose du limaçon. L'oreille est complètement sourde.

*Discussion.*

MADER. — Quant au premier cas présenté par Haug, Mader rappelle un cas analogue observé à la clinique Politzer, et où la thrombose a occupé toute la jugulaire jusqu'à la clavicule. On a ouvert et sectionné toute la jugulaire. Longtemps après la guérison apparente, la malade a eu un abcès près de la clavicule qui a guéri après incision.

Quant au cas 2, les épreuves de l'ouïe feraient croire qu'il existe une perception pour quelques sons aigus ou moyens. C'est une erreur. L'oreille sans labyrinthe n'entend pas. On peut expliquer ce fait par la transmission intracrânienne osseuse.

Les sons graves ne sont pas entendus parce que : 1<sup>o</sup> les diaphragmes graves vibrent moins fort ; 2<sup>o</sup> parce que l'os conduit mieux les sons aigus que les sons graves. On ne peut pas soutenir l'opinion que la perception se fait par la caisse de l'oreille saine. En terminant, il demande l'opinion de Haug sur ce dernier point.

5. NEUMAYER. — **Bronchoscopie pour corps étranger.** — N a eu occasion d'exécuter la bronchoscopie dans 5 cas. Il s'agissait toujours d'enfants de 9 mois jusqu'à 13 ans. Dans 3 cas, le corps étranger (grain de café, parcelle d'os, mine de plomb) était dans la bronche droite ; dans 1 cas un clou est descendu jusque dans une bronche de deuxième ordre. Dans le cinquième cas, chez l'enfant de 9 mois, un morceau de viande était couché de travers sur la bifurcation plus rapprochée de la bronche droite. Dans 4 cas, l'extraction a été faite à l'aide de la bronchoscopie, trois fois par bronchoscopie directe, une fois par bronchoscopie indirecte, c'est-à-dire après trachéotomie. Dans le cinquième cas, le clou a échappé à la pince et est tombé plus bas qu'il n'était auparavant. Plusieurs heures après une séance de bronchoscopie, ce corps étranger a été chassé par une quinte de toux, rendant inutile la bronchoscopie indirecte projetée. Il est probable que la manœuvre de la bronchoscopie a mobilisé le corps étranger et facilité ainsi son expectoration.

LAUTMANN.

## SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 10 mars 1903.

Président : SCHWABACH.

Secrétaire : KATZ.

KÖRTE. — Chez un malade, au cours d'une intervention sur le rocher, Körte a dû sacrifier une partie du facial. Ses essais d'anastomoser les deux bouts du facial ayant échoué, il s'est décidé d'implanter le facial dans le nerf hypoglosse. Le malade a été soigné dans la suite par le prof. Bernhardt, et six mois après l'opération le résultat paraît parfait. Généralement, ces anastomoses du facial se font avec le nerf accessoire (Kenedy, Glück.)

*Discussion.*

Glück, Rochmann, Stoekel préfèrent pour ces anastomoses le nerf accessoire, mais conseillent d'attendre pour l'exécution de cette anastomose, parce que parfois les fonctions abolies du facial se rétablissent sans opération. Ainsi Peyser mentionne un cas observé à la clinique de Schwartz et publié par Grunert, de paralysie faciale complète qui a persisté pendant trois ans et qui a disparu à la suite de l'exécution d'une radicale, sans qu'on touche au facial.

STACKE a également observé 2 cas de guérisons analogues.

Dans 1 cas, pendant l'évidement d'un abcès à la suite de mastoïdite, le facial a été sectionné. Suté, le facial a regagné sa fonction au bout de huit mois. Dans un autre cas, la paralysie a disparu au bout de quinze mois.

GLÜCK croit que dans beaucoup de cas il s'agit de compression du facial. Dans son cas la paralysie a duré cinq ans avant qu'il opérât.

HERZFELD croit que l'endroit où a lieu la section du facial a de l'importance. Si le facial est sectionné dans le canal de Fallope, la

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 2, 1903.

guérison s'effectue plus facilement que dans le cas où le facial est sectionné à la base du cerveau.

LELN a vu une paralysie du facial qui s'était établie spontanément, pendant une otorrhée, guérir au bout de six mois, sans traitement.

En terminant, Körte se propose à l'avenir de choisir également l'accessoire pour effectuer l'anastomose.

2. HAIKE — *Anesthésie dans le nez et l'oreille par la Yohimbine* (Spiegel). — Une solution de 1 % provoque l'anesthésie de la conjonctive, mais reste sans effet anesthésiant sur la muqueuse du nez. Pour l'oreille, une solution de 1, 2, 3 % est suffisante, tandis que pour le pituitaire une solution à 2 % est nécessaire. L'anesthésie était suffisante pour exécuter une cautérisation. L'avantage sur la cocaïne consiste en son innocuité et dans l'absence de son action anémisante.

L'action commence au bout de 2 à 5 minutes, et dure 20 minutes.

Les solutions fraîchement préparées sont plus actives.

#### *Discussion.*

HAIKE, sur une question de Ritter, dit n'avoir pu réussir une opération sur un éperon avec l'anesthésie à la yohimbine.

De même Katz et Beyer n'ont pas obtenu des résultats satisfaisants avec une solution à 1 % de yohimbine.

---

*Séance du 42 mai 1903.*

*Président : LUCAE*

*Secrétaire : SCHWABACH*

GROSSMANN présente un malade âgé de 69 ans, atteint d'artériosclérose. Cet homme présente une pulsation des plus nettes dans les deux parties latérales du pharynx. A l'ophtalmoscopie, on voit une pareille pulsation dans le fond de l'œil.

LUCAE présente un appareil destiné pour la douche d'air, et con-



tenant de l'air comprimé (1200 litres). Cet appareil est destiné à remplacer celui présenté dans la séance de janvier, et qui était construit pour l'acide carbonique. L'acide carbonique a occasionné de la rougeur trop forte du tympan et produit une syncope chez une jeune fille chlorotique.

JACOBSON croit que l'acide carbonique est préférable à l'air comprimé, parce que l'air est trop vite resorbé par les artères de la caisse, l'action en conséquence moins durable.

LUCAE, au contraire, n'a pas trouvé l'acide carbonique supérieur à l'air atmosphérique.

KATZ fait une démonstration de pièces histologiques de l'oreille interne.

HEINE. — *Traitement de l'otite moyenne aiguë.* — Heine s'occupe surtout de préciser les indications pour la paracentèse du tympan, et il n'en trouve pas d'autres que la triade classique : douleur, fièvre, tympan bombé. La paracentèse est indiquée si l'un des symptômes à lui seul est très prédominant, et surtout s'il y a complication avec les phénomènes d'irritation méningée. Une paracentèse exécutée à temps peut sauver la vie du malade. Témoin l'observation suivante : Un ouvrier souffre depuis trois semaines de son oreille. Le tympan est légèrement tuméfié, la température est de 38,4. On pratique de suite la paracentèse, et on évacue deux gouttes de pus épais. Comme il y a de la rigidité de la nuque, et que la ponction lombaire laisse couler un liquide trouble, on opère. Le malade meurt au bout de treize jours. A l'autopsie on trouve une méningite basilaire. Cette observation prouve que si le tympan résiste parfois à la suppuration, la membrane fénêtrée peut céder plus tôt. La discussion de la communication sera reprise à la séance suivante.

---

*Séance du 9 juin 1903,*

*Président : LUCAE.*

*Secrétaire : SCHWABACH.*

SCHWABACH croit que le repos au lit, les purgations, et les enveloppements humides peuvent amener la guérison de l'otite. Surtout chez les enfants, S. s'abstient de plus en plus de la paracentèse.

Généralement il se décide à la paracentèse si, au bout de vingt-quatre heures, les douleurs ne diminuent pas. Sur 146 cas observés par Schwabach dans sa clientèle, 51 sont arrivés en traitement avec un tympan déjà perforé ; sur les 95 restants, 59 sont guéris sans paracentèse, et 36 ont dû être paracentésés. Sur les derniers 36 et sur les premiers 51, chez huit malades l'apophyse a dû être ouverte dans la suite.

JACOBSON croit qu'il y a intérêt à discuter les questions suivantes : 1° application des sangsues, artificielles ou naturelles, sur la mastoïde ou le tragus ; 2° application de la vessie de glace, enveloppements humides, froids, chauds, cataplasmes ; 3° paracentèse avec l'aiguille à paracentèse ou le galvano, désinfection préalable du conduit et du tympan ; 4° emploi des gouttes auriculaires et des poudres ; 5° lavage de la caisse par la trompe ou le conduit ; 6° douche d'air par le conduit ou la trompe ; 7° l'emploi *per os* des antipyrétiques (salicylates, etc.) Il serait préférable que Heine donnât l'opinion qui règne sur ces questions à la clinique de Lucae. A la suite de Heine devraient parler ceux qui ont eu de mauvais résultats avec l'un quelconque de ces procédés thérapeutiques. Les bons résultats ne prouvent rien dans une maladie qui, dans son évolution, est aussi changeante que l'otite aiguë moyenne.

BRUCK dit que l'incertitude qui règne sur toutes ces questions est augmentée par le fait que les termes catarrhe, otite, inflammation de la caisse sont employés indifféremment et sans aucune distinction.

HEINE dit qu'il n'a voulu traiter que les indications de la paracentèse. Il promet d'apporter à la prochaine séance une revue générale sur les différents procédés en usage à la clinique contre l'otite moyenne aiguë.

LOEWY ne croit pas que la statistique soit d'utilité dans cette question. Les otites moyennes aiguës sont très variables entre elles. Une otite rougeoleuse diffère entièrement d'une otite scarlatineuse.

SCHOENSTADT demande qu'on s'occupe aussi de la question de l'adénotomie. Il présente une aiguille à paracentèse à bout semi-lunaire.

LUCAE reproche à cet instrument la difficulté de perforer rapidement la membrane tympanique. En terminant, L. rapporte deux observations d'otite moyenne aiguë dans des oreilles atteintes de sclérose. Dans un cas on a attendu quatorze jours. Le malade est resté sourd. Dans le deuxième cas l'une des oreilles s'est perforée

spontanément et est restée sourde pour les sons aiguës, l'autre oreille a été paracentesée et est guérie radicalement.

HEINE conseille de ne pas trop compter sur la disparition rapide de la douleur chez les enfants après la paracentèse.

---

### BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité élémentaire et pratique des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx**, par E.-J. MOURE, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Bordeaux. 4 vol. in-8 de 642 pages, avec 202 fig. Paris, Octave Doin, éditeur, 1904.

Il y a vingt-cinq ans, lorsqu'il alla s'installer à Bordeaux, le Prof. E.-J. Moure ne possédait, comme titres et notoriété, que l'avantage d'avoir été l'assistant d'un professeur « libre » de laryngologie. Presque tout son bagage scientifique avait été acquis dans certaine clinique parisienne, plus modeste d'aspect que d'allures, et dont la chirurgie se résumait dans l'ablation brillante des polypes du larynx.

Dans quelques jours, Moure présidera à Bordeaux, au nom de la France, le VII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie.

Pendant ce quart de siècle, l'œuvre de notre confrère a été considérable. Sans faux orgueil, il pourrait, comme Moritz Schmidt, se vanter de s'être fait soi-même, car il est de la génération, non pas vieille mais aînée, des spécialistes autodidactes qui ne trouvaient pas, pour se former, les excellentes leçons qui abondent aujourd'hui. Ils n'en sont que plus solides, parce qu'ils ont eu, pour les instruire, des choses vues et non des maîtres écoutés.

Avec un bon sens profond, qu'il met quelque coquetterie à dissimuler sous une mince surface d'insouciance gasconne, Moure a touché à presque toutes les parties de notre spécialité, non sans y laisser le plus souvent derrière lui un progrès. Il a créé une Société oto-laryngologique, dont il demeure l'âme occulte et qui peut rivaliser avec les plus florissantes de l'étranger. Il a fondé une École d'où sont sortis une foule de travaux remarquables : et ses

nombreux élèves comptent parmi les meilleurs spécialistes de France. Ce faisant, il a été le principal artisan de la décentralisation oto-laryngologique, qui chaque jour s'accroît heureusement chez nous.

Aujourd'hui, la Clinique oto-laryngologique de Bordeaux, qui ne rappelle que de très loin l'entresol obscur de la rive gauche qui l'a conçue, est à même de donner l'hospitalité à un Congrès international d'otologie.

Dans ce livre du directeur de la *Revue de laryngologie* que je me fais un plaisir réel de présenter aux lecteurs des *Annales*, on retrouve la condensation de cette longue pratique. Et il vient bien à son heure. Depuis plusieurs années, j'entendais mes élèves réclamer un *Traité de laryngologie*, complet et pratique, que la littérature étrangère elle-même ne leur donnait pas. Ils l'ont aujourd'hui : et ils ne peuvent regretter de l'avoir désiré longtemps, tant ils ont gagné à cette attente.

Le plan de ce travail est d'une coupe classique : chaque affection y est étudiée dans l'ordre consacré qui va de la définition au traitement, en passant par les symptômes et le diagnostic.

Ainsi l'élève, façonné au moule des questions de concours ou d'examen, s'y reconnaîtra sans peine. Mais Moure se trompe — et ceci est la seule grosse erreur que je relève dans son livre — quand il pense, en sa préface, s'être adressé seulement aux praticiens : les laryngologistes eux-mêmes bénéficieront de sa lecture, surtout aux pages du traitement ; celles-ci sont écrites avec un sens clinique remarquable, et qui entraîne la conviction, surtout quand on voit que Moure n'hésite pas à renier des méthodes pour lesquelles jadis il a combattu, quand il croit de l'intérêt des malades à agir ainsi.

Un reproche que méritent parfois les traités des angines, c'est de s'étendre complaisamment sur les déterminations pharyngées des maladies éruptives, de la diphtérie surtout. Moure a su éviter cet écueil, et nous parle très brièvement de choses que rarement le spécialiste est appelé à voir. En revanche, que de bons détails sur les angines chroniques, qui passent devant notre observation quotidienne !

L'angine lacunaire ulcéreuse aiguë est d'autant mieux étudiée que c'est l'auteur même du livre qui l'a le premier décrite. Il la distingue de l'amygdalite ulcéro-membraneuse, bien qu'il reconnaisse que ces deux affections ont quelques traits de ressemblance, et regrette la confusion qui s'est établie entre plusieurs types d'amygdalite sous le nom commun d'angine de Vincent.

L'étude des abcès péri-amygdaliens est un des sujets de prédilection de Moure, qui du reste y a jeté quelque clarté par sa classification en abcès antérieurs, postérieurs, externes et inférieurs. L'incision à travers les piliers reste toujours son mode d'intervention préféré : il la fait au galvanocautère.

Les angines tuberculeuses sont scindées en deux catégories, les formes aiguës, les formes chroniques, celles-ci se subdivisant elles-mêmes en variétés œdémateuse, lupique, hypertrophique et latente : la forme hypertrophique, c'est la tuberculose qui affecte le masque banal de végétations adénoïdes ou de grosses amygdales, forme qui rencontra tant de scepticisme quand je le décrivis en 1894 : Moure contribue à la rendre aujourd'hui classique.

En ce qui concerne le traitement des hypertrophies amygdaliennes, Moure n'a pas seulement la sagesse de condamner l'amygdalotome — qui figure cependant encore aujourd'hui dans l'arsenal des chirurgiens à côté de la pince à polypes du nez — mais il a le mérite de renoncer à sa méthode de réduction ignée des amygdales, s'étant bien convaincu, à force de la pratiquer, de ses nombreux inconvénients : puisse son exemple être suivi par tous ceux qui ont d'autre souci que de faire, en achetant un galvanocautère, un placement de père de famille ! L'anse galvanique, quand on le peut, et, à son défaut, le morceleur : voilà l'instrumentation sur laquelle nous devons tous nous accorder.

Vient un chapitre intéressant sur la pathologie de la base de la langue. A méditer cette affirmation empreinte de vérité, et déjà émise par Escat, qu'il n'y a aucun parallélisme entre le degré de l'hypertrophie linguale et les troubles réactionnels qu'elle provoque : que les troubles paresthésiques du pharynx persistent très souvent après que l'amygdale linguale a été cautérisée ou morcelée ; et qu'ils sont plutôt sous la dépendance d'un état névropathique général. Sur ce point je serais encore plus conservateur que Moure, et je considère la chirurgie de l'amygdale linguale comme capable d'exaspérer les paresthésies qui tourmentent souvent le pharynx aux environs de la ménopause.

Les abcès péri-pharyngiens sont étudiés en suivant le classique schéma d'Escat : ce dernier a si bien mis la question au point, que Moure ne pouvait que la reproduire sans y rien changer.

Sous le nom de pharyngite chronique, la vieille angine glanduleuse de Guéneau de Mussy, reprend dans le cadre nosologique de la gorge une juste place qu'Escat lui avait antérieurement un peu trop sévèrement refusée. Seulement Moure ne croit pas, comme quelques spécialistes, que les granulations du pharynx réclament

plusieurs années de pointes de feu. Avec son bon sens clinique, il nous dit « qu'il ne faut pas traiter les *granulations pharyngiennes* parce qu'on les voit, mais seulement si elles gênent les malades ».

La deuxième partie de cet ouvrage traite des affections du larynx et de la trachée. Pour la première fois, à côté de la laryngoscopie classique, on voit figurer dans un livre didactique la bronchoscopie. Grâce à la découverte de Killian, la pathologie des bronches sera tôt ou tard rattachée au domaine de la laryngologie : c'est encore un morceau qui s'effrite du vieil édifice lézardé de la médecine générale, à notre profit.

Plusieurs des chapitres consacrés à la pathologie du larynx sont empreints d'une grande originalité. Moure décrit la rupture du muscle thyro-aryténoidien sous la dénomination pittoresque de « coup de fouet laryngien » ; c'est la déchirure brusque de quelques faisceaux de ces muscles au moment d'un effort vocal extrême, tel le « Suivez-moi » de Guillaume Tell.

La laryngite œdémateuse aiguë, que plusieurs traités avaient enterrée avec le vieil œdème de la glotte de Sestier, renaît sous forme d'une petite monographie bien claire. Suit l'étude de la laryngite grippale et de ses diverses formes, sujet que Moure affectionne. Les laryngosténoses forment également un chapitre à part, qu'elle méritent bien, ayant en chirurgie une individualité propre.

Moure n'a pas, comme l'ont fait d'autres avant lui, consacré des centaines de pages à décrire la tuberculose du larynx. Mais il a exposé le traitement de cette affection avec le tact clinique qui préside à tout son ouvrage. Il se déclare simplement éclectique dans le choix des moyens à employer contre cette affection, qu'il n'a pas la prétention de guérir facilement. Il se refuse à accepter l'équation thérapeutique étrangère un peu trop simpliste : « tuberculose laryngée = acide lactique » ; et pour ce qui est du traitement chirurgical de cette affection, il manque d'enthousiasme : très justement, parlant de la curette et de l'acide lactique, il dit : « Malheureusement, pour employer des médications aussi énergiques, il faut une expérience que tout le monde ne peut pas acquérir ; aussi, pour éviter des accidents, vaut-il mieux ne pas s'engager dans cette voie. »

En feuilletant la dernière page du volume, après avoir parcouru une excellente mise au point des paralysies du larynx, on arrive au chapitre clôtural du cancer du larynx. La thyrotomie y est érigée en méthode de choix du cancer au début : on sait les succès que Moure a eus dans cette voie et l'appui qu'il donne en France à

la croisade que mène sir Felix Semon contre le traitement endo-laryngé du cancer du larynx.

M. LERMOYER.

**Die Nebenhöhlen der Nase in ihren Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen auf fünfzehn Tafeln dargestellt**, par le Prof. G. KILLIAN, (Iéna, Fischer, éditeur, 1903).

Il ne faut pas comparer cette magistrale publication aux nombreux atlas qui figurent en Allemagne dans tous les catalogues de librairies médicales. Les grandes planches en couleur que le Professeur de Fribourg a fait dessiner d'après ses préparations répondent à une conception toute nouvelle. Il ne s'agit pas d'anatomie descriptive, mais bien d'anatomie topographique ou mieux chirurgicale des sinus de la face. Grâce à un procédé de préparation tout à fait intéressant, l'auteur a pu conserver aux cavités sinusiennes leur volume exact et les rapports précis qu'elles affectent sur le vivant entre elles et avec les organes voisins. Aussi y trouve-t-on une reproduction qui serre, d'autant plus que possible, la réalité, et ne fait nullement appel pour être comprise aux souvenirs de dissection ou à l'imagination du lecteur. De telles figures infiniment plus instructives que de simples coupes sur des sujets durcis ou congelés, ne laissent aucune place à des interprétations erronées. Cet atlas nous donne en une minute le détail précis que nous cherchons. Il faut le feuilleter avant toute intervention un peu hasardeuse sur les cavités annexes des fosses nasales. Ajoutons que, ce qui ne gâte rien, l'éditeur a apporté le plus grand soin à l'exécution matérielle de l'ouvrage.

E. LOMBARD.

**Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung**, par Arth. HARTMANN, (7<sup>e</sup> édition. *Fischer's medic. buchland*. H. Kornfeld, éditeur. Berlin, 1902).

Le nombre successif d'éditions de ce manuel indique suffisamment son succès. Le plan n'est pas modifié, mais l'ouvrage a été mis au point. Les chapitres concernant les complications intracrâniennes sont au courant des plus récents travaux. Ce livre reste le manuel indispensable du médecin qui veut se familiariser avec l'otoscopie.

E. LOMBARD.

**L'odorat et ses troubles**, par COLLET, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon. (Paris, J.-B. Baillière et fils 1904, 1 vol. in-8° de 95 pages).

Excellente mise au point, faite par un auteur rompu à l'enseignement, d'une question encore obscure, parce que peu de travaux y ont encore jeté de la lumière. Le nez *respiratoire* a suscité d'innombrables mémoires de la part des rhinologistes, le nez *sensoriel* n'a pas eu cette bonne fortune et a été laissé, par eux, dans l'oubli : il est vrai qu'il trouve une bonne compensation dans la monographie, déjà classique, que Collet lui consacre.

L'étude de l'appareil nerveux de l'olfaction sert d'entrée à ce travail : l'auteur, à force de clarté, arrive à nous faire retenir les rapports des fibres olfactives avec les noyaux centraux.

Vient ensuite le chapitre de l'olfaction normale, avec un paragraphe sur les rapports peu connus, à la vérité, de l'odorat et du goût : sensation complexe qui mérite de se nommer olfaction expiratoire ou gustative. Diverses questions de physiologie olfactive sont soulevées auxquelles l'auteur donne une réponse aussi nette que le permet l'état naissant de la physiologie en ce sujet : L'olfaction peut-elle s'opérer en un milieu liquide ? Existe-t-il dans le sens de l'odorat plusieurs énergies spécifiques distinctes ? Et d'autres paragraphes, encore non moins neufs pour nous, exposent l'épuisement de l'odorat, la compensation des odeurs, etc.

La mesure de l'odorat, en olfactométrie, nous est ensuite présentée : les travaux de Zwaardemaker en font les frais.

La seconde partie de cet ouvrage, qui traite de l'anosmie, divisée suivant ses variétés étiologiques, intéressera surtout le clinicien. C'est d'abord l'anosmie congénitale, par anomalie héréditaire de l'appareil nerveux, par dépigmentation de la muqueuse nasale. Puis viennent l'anosmie sénile et la prétendue anosmie de la ménopause. L'anosmie dans les maladies des fosses nasales acquises, a pour cause soit le rétrécissement de la fente olfactive, soit des obstacles grossiers au passage de l'air inspiré, soit la perte de l'avant nasale ; mais par-dessus tout, les rhinites. L'anosmie a été signalée à la suite des opérations endo-nasales. Elle est fréquente à la suite d'un traumatisme portant presque toujours sur l'occiput, rarement sur le front.

Dans les maladies nerveuses, les troubles de l'odorat sont fréquents. Les accidents olfactifs du tabes sont connus : ceux de la paralysie générale plus discutés. A propos de l'anosmie dans les



lésions circonscrites du cerveau, l'auteur critique les rapports de la perte de l'odorat avec l'aphasie et l'hémiplégie : comme les origines des nerfs olfactifs ne se décussent pas, l'hémianosmie paraît être alterne dans l'hémiplégie organique et directe dans l'hémiplégie hystérique. Il faut encore citer les anosmies toxiques, les anosmies infectieuses, celle qui par exemple survient si souvent à la suite de la grippe.

Cette étude amène l'auteur à admettre une classification naturelle des anosmies : 1<sup>o</sup> anosmies de cause mécanique ; 2<sup>o</sup> anosmies par lésion de la muqueuse olfactive ; 3<sup>o</sup> anosmies d'origine nerveuse organique ou fonctionnelle.

L'hyperosmie, la parosmie sont ensuite étudiées sous la dénomination générique de névroses de l'odorat. L'olfaction colorée rentre dans la même classe : et aussi les accidents divers provoqués par les odeurs, que Joal a bien mis en lumière, en particulier l'urticaire olfactive.

Six pages finales seulement sont consacrées au traitement de l'anosmie : nous sommes, en effet, encore bien peu avancés sur cette partie de la thérapeutique qui, même dans les anosmies mécaniques rationnellement curables, réserve souvent de désagréables surprises au médecin. Il est dans tous les cas, indiqué de chercher la cause de l'anosmie et de la supprimer : deux difficultés souvent superposées. L'électrisation, les douches nasales d'acide carbonique nous donnent parfois quelques satisfactions.

M. LERMOYEZ.

---

## ANALYSES

---

### 1. — OREILLES

**Emploi de l'air surchauffé dans les affections de l'oreille et du nez,**  
par J.-C. BECK M. D., Chicago (*The Laryngoscope*, mai 1903).

L'auteur n'emploie pas seulement l'air surchauffé, mais un mélange d'air surchauffé et de vapeurs médicamenteuses.

Il a imaginé un appareil très simple pour se procurer l'air surchauffé et l'appliquer facilement aux maladies de l'oreille et du nez.

Cet appareil se compose d'un cylindre de métal monté sur un manche, l'extrémité de ce cylindre est munie d'une canule en bois, de deux pouces de long, et détachable. Dans le cylindre est une lampe à incandescence laissant passer un courant de 115 volts et qu'une petite manette, placée sur le manche, permet d'allumer ou d'éteindre. Au dos du cylindre aboutit le bec du tube à air comprimé. Dans le cylindre, enfin, se trouve une petite boîte métallique contenant un petit morceau de feutre imprégné de la substance médicamenteuse choisie.

Quand on fait passer le courant électrique, le tube métallique s'échauffe suffisamment pour pouvoir, au bout de une ou deux minutes, échauffer l'air qui passe à son intérieur; et, au bout de deux minutes, l'air qui s'échappe de la canule de bois est extrêmement chaud. On peut d'ailleurs modérer le degré de chaleur au moyen de la manette; ainsi que la pression de l'air qui arrive dans le cylindre.

Les vapeurs médicamenteuses préférées de l'auteur sont celles de formaline, de menthol et de chloroforme.

Suivant la façon dont on règle le passage du courant et le passage de l'air, on peut obtenir de l'air à une température variant entre 120 et 265° F. Pour avoir une température de 120° la plus fréquemment employée, il faut, faisant passer l'air continuellement, interrompre le courant toutes les demi-minutes.

L'auteur a employé l'air chaud mélangé à des substances médicamenteuses dans le traitement de :

L'otite moyenne suppurée chronique ;

L'otite moyenne chronique catarrhale ;

L'otite moyenne aiguë ;

L'otite externe furonculaire ;

La sinusite aiguë non suppurée ;

Le lupus de l'aile du nez.

Dans l'*otite moyenne suppurée chronique*, l'auteur dirige le courant d'air chaud directement dans la caisse par le conduit auditif externe. La douche de la caisse par la trompe d'Eustache, au moyen de la sonde d'Itard, ne serait pas bonne; car, ayant placé un thermomètre dans le conduit auditif externe aussi près que possible de la caisse pendant qu'un courant d'air chaud de 120° était dirigé par la trompe, il ne constata aucune élévation thermométrique, ce qui semblerait indiquer que tout l'air se refroidit par le passage dans la trompe.

14 cas ont été traités par le procédé combiné aux moyens habituels qui avaient été jusque-là impuissants : 7 guérirent,

2 furent très améliorés. Dans un cas on fut obligé de faire la radicale et dans l'autre une ossiculectomie. Dans un cas, l'auteur put guérir, par ce seul traitement, une suppuration de l'attique caractérisée par une perforation de Schapnell et une dénudation de la tête du marteau.

Ce procédé agit :

1° En stimulant la défense des tissus et produisant une surface saine prête à l'épidermisation ;

2° En desséchant la cavité auriculaire et la rendant inapte au développement des micro-organismes ;

3° En exerçant une action germicide plus sûre par la pénétration de la formaline gazeuse dans toutes les anfractuosités de la région.

Au point de vue des chances de succès, l'auteur distingue 2 cas suivant que les produits de lavage de l'oreille centrifugés indiquent une lésion osseuse (poudre d'os, cholestérine, cholestéatome) ou non. La dernière éventualité était plus favorable, mais il a pu guérir des cas rentrant dans la première catégorie.

Comme conclusion, l'auteur admet que ce procédé est un excellent adjuvant du traitement non chirurgical de l'otorrhée.

Dans l'*otite moyenne chronique catarrhale*, l'auteur n'a pas obtenu de bons résultats.

Dans 14 cas, où le traitement habituel par la douche d'air donnait une amélioration immédiate mais momentanée de l'audition (les épreuves de l'audition indiquant une lésion de l'oreille moyenne), l'audition ne fut nullement améliorée. Il y eut une sédation des bourdonnements, sauf dans 3 cas où ils furent exagérés.

Dans l'*otite moyenne aiguë des enfants*, la douleur cessa (dans les 4 cas qu'il a traités) après une ou deux applications d'air chaud de une ou deux minutes, 120° F. 3 cas se terminèrent par suppuration.

Dans 3 cas d'*otite externe furoncleuse*, la douleur disparut mais on dut inciser le furoncle pour amener la guérison.

Dans 3 cas de *sinusite aiguë non suppurée*, la guérison eut lieu en trois jours, à raison de cinq minutes par jour.

Un cas de *lupus de l'aile droite du nez*, qui avait résisté pendant six semaines aux rayons X, guérit par l'application d'air chaud à 153° F.

H. GABOCHÉ.

**Étiologie, pathologie et symptomatologie de l'otite moyenne aiguë suppurée**, par NORVAL H., PIERCE M. P., Chicago (*The Laryngoscope*, juin 1903).

*Étiologie.* — P. insiste surtout sur le jeune âge (hyperplasie lymphatique du cavum); la prédominance variable pour l'un ou l'autre sexe suivant l'âge; la fréquence plus grande en hiver et au printemps, et sur l'action manifeste du froid.

*Pathogénie.* — Ce sont des micro-organismes extrêmement variables qui jouent le principal rôle dans l'affection. On a trouvé surtout le pneumocoque et le streptocoque. Mais on a pu voir: le pneumo-bacille de Friedlander, le bacille pyocyanique (qui serait capable de produire et l'infection locale de l'oreille et une infection générale. Pes et Gradenigo l'auraient trouvé à l'état pur dans un cas d'otite moyenne aiguë), le staphylocoque aureus et albus, le tétragène.

Le cas de Gradenigo est rare; même sur 34 cas, Nanthrack trouva seulement trois fois le pneumocoque à l'état de pureté. Le plus souvent il s'agit d'infections mixtes surtout à streptocoques. On a aussi trouvé le bacille typhique, saprogène, le diplococcus intercellularis meningitis, le bacillus ténuis, de l'influenza, de la diphthérie, le gonocoque. Le microorganisme doué de la plus grande virulence et du plus grand pouvoir destructeur est le streptocoque; vient ensuite le diplocoque intercellularis meningitis.

*Voie de l'infection.* — L'infection peut se faire:

1° Par la membrane intacte (érysipèle, eczéma, etc...);

2° Par la membrane perforée;

3° Par voie sanguine:  $\alpha$ ) otites moyennes congénitales liées à des infections intra-utérines, variole, diphthérie, etc...;  $\beta$ ) mêmes infections survenant après la naissance;  $\gamma$ ) endocardite (Trautmann);

4° Par la trompe d'Eustache, l'infection pouvant se faire:  $\alpha$ ) par le lymphatique;  $\beta$ ) directement par continuité de surface;  $\gamma$ ) à travers la lumière du conduit, les produits infectieux étant projetés dans un accès de toux, à la suite d'un lavage du nez, etc.);

5° Probablement aussi par la fissure pétro-squameuse (cas de Gradenigo où l'on trouva dans la trompe les mêmes microorganismes que dans les méninges).

*Rôle des microorganismes.* — Le microorganisme ne crée pas la variété d'otite; un même microorganisme pouvant exister dans les formes les plus variées qui dépendent de la virulence, du nombre des microorganismes, de la résistance des tissus.

A ce point de vue, Moos considère plusieurs catégories:

1° Les cas où peu de microorganismes pénètrent à travers la lumière de la trompe et qui produisent une inflammation catarrhale pouvant durer plusieurs mois ou années si on ne la soigne pas ; mais qui peut suppurer si les microorganismes augmentent à l'occasion d'une modification de la muqueuse consécutive à un refroidissement, traumatisme, etc. ;

2° Les cas où une infection hémotogène amène peu de microorganismes et de faible virulence ; ici jamais de suppuration, mais une infiltration de la muqueuse par des nids de cellules embryonnaires séparés les uns des autres par un réticulum fibrineux, etc., aboutissant à l'hypertrophie de la muqueuse (rougeole, scarlatine, diphtérie, etc.) ;

3° Les cas où il y a suppuration de la caisse et qui comprennent :

α) Suppuration minime sans perforation tympanique ;

β) Suppuration plus ou moins abondante avec perforation ;

γ) Affection à marche rapide, suppuration abondante avec destruction d'une large partie de la membrane et exfoliation des osselets (la muqueuse sert aussi de périoste pour l'os sous-jacent, ce qui explique les destructions osseuses au cours de l'otite aiguë grave).

Ce qui fait la suppuration serait moins l'espèce microbienne que son mode d'invasion : quand elle est hémotogène ou bien qu'elle se fait par les espèces lymphatiques de la trompe d'Eustache, la suppuration a plus de chance de se produire.

Quand une inflammation purement catarrhale passe à la suppuration, c'est qu'en un endroit l'épithélium protecteur a disparu et que les microorganismes ont gagné les couches profondes de la muqueuse.

Les lésions histologiques de la muqueuse sont peu connues : on les a étudiées chez les animaux, ce sont les lésions ordinaires de l'inflammation.

La symptomatologie exposée ensuite est la symptomatologie classique et un peu écourtée de l'otite moyenne aiguë.

H. CABOCHE.

**Pneumatocèle du crâne dans la région mastoïdienne**, par HCB. STRÖM (*Nordisk med. Arkiv.*, 1902, 1 Abt., hst. 2, n° 98).

Un ouvrier peintre est pris, à l'âge de 41 ans, d'une otorrhée qui paraît tarie jusqu'il y a six mois, époque où un gonflement se développe lentement dans la région temporale et mastoïdienne.

Ce gonflement a, dans son milieu, la consistance d'un ballon rempli d'air. La tumeur ne diminue pas par la pression, la douche d'air ne l'influence pas. Tympan normal, audition bonne. A l'opération, on trouve une lamelle osseuse, de l'épaisseur d'une feuille de papier, en communication avec la calotte du crâne par des stactites longues de un demi-centimètre. Dans un endroit où ces formations manquaient on avait, au toucher, la sensation d'une fissure. On sectionne ces brides osseuses et on exécute l'extirpation de la branche osseuse. L'apophyse mastoïde était comme insufflée, avec de grandes vacuoles remplies d'air. Nulle part une communication avec la caisse. Guérison sans réaction et sans récidive, depuis deux ans.

JÖRGEN MÖLLER.

**Histoire d'hallucinations acoustiques et visuelles**, par G. MASINI (*Annali di laringol. ed otolog.*, vol. IV, fasc. 1-2, p. 32, novembre 1903).

M. rapporte sa propre observation. Sous l'influence d'une fièvre de 40° et de l'absorption de 1 gramme et demi de chlorhydrate de quinine, il fut pris, en plein état de veille et en pleine possession de lui-même, de sensations visuelles et auditives qui ne décelaient en rien l'hallucination par la puissance de vérité de leur manifestation. De plus, comme s'il y eut un dédoublement de sa conscience, M. avait l'exacte notion de la position de son corps, de sa tête, de ses muscles en même temps qu'un autre lui-même touchait et sentait ce que lui représentait son esprit. De plus, fait encore plus étrange, tandis qu'il sentait et voyait à droite, il percevait les sons et la voix à gauche et *vice versa*.

Il y a ici deux singularités à expliquer : 1° la persistance de la notion de sa propre personne ; 2° le croisement des sensations visuelles et auditives. Dans la première, on peut supposer que les images visuelles, tactiles, auditives, réveillées dans les centres idéogènes, n'arrivent pas à obscurcir complètement la notion de la position du corps par rapport aux objets qui l'entourent.

Pour se rendre compte, d'une façon plus ou moins plausible, de l'entrecroisement visuel et acoustique des hallucinations, il faut supposer que l'intensité de l'excitation du cortex des lobes postérieurs et sphéno-temporaux n'était pas la même à droite et à gauche. Quand la zone auditive était fortement excitée d'un côté, il n'y a plus de place pour la représentation d'images qui ne fussent pas auditives : ces images absorbaient l'activité entière de la conscience, en annihilant toute l'activité fonctionnelle des autres

territoires cérébraux du même côté, tandis que dans l'autre hémisphère, le même phénomène se produisait dans la zone corticale de la vision.

M. BOULAY.

**Troubles auriculaires dus à l'allaitement prolongé**, par FERRERI (*Arch. ital. di otologia*, etc., vol. XV, fasc. 1, nov. 1903).

Les femmes épuisées par un allaitement prolongé sont exposées à des troubles auriculaires transitoires ou durables.

Les troubles transitoires sont attribuables à l'anémie des centres corticaux et des terminaisons libres de l'acoustique : il suffit souvent qu'une nourrice sèvre son enfant pour voir disparaître aussitôt ses bruits subjectifs, ses vertiges, ses vomissements, son hyperesthésie auditive, sa surdité progressive.

Les troubles durables sont de deux sortes : 1° altérations anatomiques et fonctionnelles de l'oreille moyenne et de l'oreille interne caractéristiques de la sclérose tropho neurotique ; 2° surdité, paracousie, vertige sans lésions apparentes de l'oreille moyenne, et attribuables seulement à une altération centrale ou périphérique du nerf acoustique.

L'auteur rapporte neuf observations de troubles définitifs de l'ouïe survenus pendant l'allaitement.

M. BOULAY.

## II. — NEZ

**Séquestre remarquable du nez**, par EPHRAÏM (*Archiv. f. laryngologie*, Band XIII, Heft. 3, 1903).

Un homme de 40 ans, commence, dans le quatrième mois de sa syphilis, une rhinite gauche, qui, bientôt, malgré un traitement antisiphylitique intense, se complique de fétidité et de douleurs. A l'examen, on trouve un séquestre mobile dans la cavité nasale gauche, une vaste perforation de la cloison. L'extraction du séquestre par la narine n'a été possible qu'après l'avoir fracturé. Ce séquestre représente la presque totalité de l'os sphénoïdal dans sa partie antéro inférieure gauche. Onze jours après l'extraction du séquestre, une masse bourgeonnante avait remplacé l'os, de sorte que la mutilation n'est pas aussi apparente, comme on aurait pu supposer.

De pareils séquestres, pour être rares, ont déjà été décrits (par Baratoux, Erichsen). Ce qui est remarquable c'est, malgré l'expul-

sion d'une grande partie du sphénoïdal, l'absence de tout trouble concernant l'innervation du voile du palais. Malgré une lésion certaine du nerf pétreux profond (nerf facial), les mouvements du voile sont intacts, ce qui apporte une nouvelle preuve à la non-ingérence du facial dans l'innervation du voile. Enfin, un tertiarisme si précoce (quatrième mois de l'infection) est rare. Le nez a gardé son architecture externe, malgré une vaste perforation de la cloison osseuse, preuve que le nez en lorgnette, en sellette, etc., tient à la perte des os propres du nez et non à la perforation de la cloison.

LAUTMANN.

**La rhinoscopie cystoscopique ou salpingoscopie**, par VALENTIN  
(*Archiv. f. laryngologie*, Band XIII, Heft 3, 1903).

Valentin a eu l'idée de se servir du cystoscope inventé par Nitze, pour examiner le cavum, ou plutôt la région autour de la trompe d'Eustache dans le cavum, ce qu'il appelle la salpingoscopie. Déjà Reichert s'est servi d'un cystoscope modifié, appelé antroscope, pour examiner le sinus maxillaire ouvert. Valentin, en changeant les dimensions de cet antroscope, a fait construire par « Reiniger Gilbert et Schall, à Erlangen, un instrument, le salpingoscope, qui, introduit par le méat inférieur du nez, se manie dans le cavum comme le cystoscope dans la vessie.

Le salpingoscope donne une image parfaite de la partie pharyngée de la trompe, qui dépasse en vivacité ce que la rhinoscopie postérieure ou antérieure, même dans les meilleures conditions, permet de voir. Cette région a été souvent examinée, les meilleures descriptions sont dues à Zaufal. La salpingoscopie permet de modifier plusieurs idées émises par Zaufal et considérées comme classiques. On est frappé du jeu vif des muscles de la trompe d'Eustache.

Sans insister spécialement sur le côté pratique de la salpingoscopie, l'auteur rappelle rapidement que le nouveau procédé pourrait faciliter les opérations dans cette région, surtout le cathétérisme. Il mentionna également la possibilité d'examiner le larynx, mais pour cet examen la lampe doit être modifiée. Ajoutons encore que le travail est accompagné d'une belle planche colorée reproduisant plusieurs aspects salpingoscopiques. Nous n'avons pas analysé les descriptions que V. donne de ses examens salpingoscopiques qui, sans la planche colorée, sont peu utiles.

LAUTMANN.



L'abcès rhinogène, par Marc PAUNZ (*Archiv. f. laryngologie* (Band XIII, Heft. 3, 1903).

L'abcès rhinogène est très rare ; sur 9.000 autopsies, Gowers, par exemple, n'en trouve que 6 cas, tandis que dans toute la littérature on ne trouve que 30 cas d'abcès rhinogènes diagnostiqués cliniquement. Le cas observé par l'auteur est le suivant.

Kath, âgée de 16 ans, se présente le 15 octobre à la consultation ophtalmologique, se plaignant d'un gonflement de la paupière gauche et de douleurs violentes dans la région frontale. Elle raconte avoir pris un rhume de cerveau huit jours avant et avoir beaucoup saigné du nez. On incise l'abcès de la paupière et par la sonde on sent dans la profondeur un os dur. On diagnostique une périostite frontale. Dans le nez, on trouve les deux cornets moyens hypertrophiés, baignant dans du pus, surtout à gauche.

Le 27 oct., la malade présente une violente céphalée, du vomissement, une température de 37°,5, un ralentissement des pulsations (60). Les pupilles sont larges, réagissent mal, dans le fond de l'œil une légère hyperémie veineuse. La malade est couchée en chien de fusil, répond mal aux questions ; la moindre pression sur la tête est douloureuse, surtout dans la région frontale. On diagnostique un abcès du sinus frontal et ethmoïdal, on suppose une complication cérébrale possible. Pendant la recherche du sinus frontal, on tombe sur la dure-mère, qui est tendue et ne donne pas de pulsation. La ponction du cerveau ramène du pus. On agrandit la brèche osseuse, on incise la dure-mère, le cerveau et du pus vert jaillit sous le bistouri. La malade se trouve mieux après l'opération pendant quelques jours, pour retomber dans un état alarmant à la suite d'une hernie cérébrale. Vers le 17 novembre, la malade est relativement bien, et malgré quelques alternatives dans l'état général, elle semble s'approcher de la guérison. Pourtant, à la suite de l'opération, il s'est fait une hernie cérébrale, dont les parties superficielles se nécrotisent.

A partir de janvier 1902, la malade est transférée dans le service du Dr Hüllt où elle reste jusqu'à fin mars, date de sa mort. Pendant tout ce temps la malade a eu de la fièvre, de la céphalée, un pouls très variable. La nécrose et la suppuration de la hernie ont nécessité plusieurs interventions. Vers la fin mars, des symptômes nets de méningite se manifestent et la malade meurt enfin à la suite de cette complication. L'autopsie faite par le prof. Preisz

confirme le diagnostic clinique. On trouve les méninges au-dessus du cervelet, du bulbe, du pont, recouvertes de pus verdâtre. Le lobe frontal gauche est tuméfié, ramolli, fluctuant, contenant plusieurs foyers de pus. La hernie cérébrale est molle, en suppuration. Le ventricule rempli de pus. La paroi postérieure du sinus frontal est constituée par une lame mince, la lame criblée très amincie. L'ethmoïde rempli de pus.

S'appuyant sur cette observation, Pauz donne une vue d'ensemble des abcès rhinogènes, et à cette occasion rapporte des notions généralement connues. Tous les sinus ont des abcès encéphaliques à leur charge, même le sinus maxillaire ; mais comme, dans ce dernier cas, la sinusite elle-même était de cause dentaire, il serait juste d'appeler ces abcès des abcès odontogènes. L'infection du cerveau peut se faire directement par usure de l'os ou par des anomalies (déhiscences) congénitales (paroi postérieure du sinus frontal, Zunterkandl). Elle peut se faire par voie lymphatique, sanguine surtout par la thrombose veineuse, enfin par voie nerveuse (Heubner). Enfin, il faut admettre que les bactéries peuvent traverser des tissus apparemment sains.

Ces abcès peuvent être aigus ou chroniques. La sinusite peut être guérie au moment où l'on découvre l'abcès causé par elle (Jambasch). Dans d'autres cas, une suppuration nasale peut exister longtemps avant de créer la complication cérébrale (30 ans chez le malade de Krecke). Parmi les symptômes externes, il faut citer la périostite du frontal, le phlegmon de l'orbite, la suppuration de la paupière supérieure, symptômes qu'on constate très souvent. Les symptômes propres de l'abcès rhinogène sont ceux de tout abcès cérébral qui, d'après Bergmann, appartiennent à trois groupes : 1° symptômes dépendant de la suppuration ; 2° symptômes faisant diagnostiquer une augmentation de la pression cérébrale ; 3° symptômes de foyer.

Parmi les symptômes du deuxième groupe, mentionnons surtout deux, le ralentissement de la pulsation cardiaque et l'œdème papillaire. Le ralentissement du pouls est certainement un facteur important plaidant pour l'augmentation de la pression intracrânienne, « mais seul il ne justifie pas l'indication d'ouvrir la cavité crânienne ». Killian, tout en admettant que ce ralentissement de la pulsation du cœur peut être provoqué par une méningite séreuse, croit également défendable l'hypothèse d'une action purement réflexe de la suppuration sinusale. L'œdème papillaire est un autre symptôme important, mais pas du tout constant, surtout dans les cas aigus. Mais cet œdème doit être bilatéral ; unilatéral

et surtout accompagné d'une suppuration de l'orbite, ce symptôme ne permet pas d'affirmer l'existence d'une complication cérébrale.

Malheureusement pour le diagnostic les symptômes du troisième groupe peuvent manquer, et l'on sait jusqu'à quel degré les lésions du lobe frontal peuvent rester latentes. Les parésies, les contractions, etc., qu'on rencontre dépendent ou de l'extension de l'abcès dans le voisinage ou de l'œdème irritatif consécutif. Quand la méningite s'associe, le tableau clinique peut être entièrement occupé par cette dernière complication. Le diagnostic peut être dérouter si une autre source de suppuration possible conduit dans une fausse direction. Ainsi Kœbel a été induit en erreur par une otorrhée coexistante avec une sinusite frontale. Croyant avoir affaire à une suppuration otogène, il a méconnu un abcès rhinogène du lobe frontal. Dans le cas de Stenger une grossesse et l'accouchement ont empêché le diagnostic. Enfin, il y a des cas où cliniquement tout diagnostic est impossible.

La thérapie doit s'efforcer de donner issue au pus, et il ne faut pas compter sur la perforation spontanée de l'abcès malgré qu'on connaisse des cas pareils (Begbie). Sans l'intervention heureuse du chirurgien, la mort est jusqu'à présent la seule issue de ces suppurations. Les chances immédiatement éloignées de l'opération ne sont pas mauvaises. La première opération heureuse a été exécutée par Denker en 1893. Il faut généralement employer le procédé de Kuhnt pour l'opération de la sinusite frontale. On enlève la paroi postérieure du sinus frontal. Si la dure-mère est tendue et si l'on ne constate pas de pulsation, on est autorisé à faire une ponction exploratrice, autrement non. Si la dure-mère porte une fistule il faut l'agrandir et entrer dans l'abcès par cette voie. La hernie cérébrale sera traitée avec tous les soins minutieux d'antisepsie, son amputation peut attendre. Quant à la prophylaxie, il faudra se rappeler que sur 120 sinusites frontales 5 se compliquent d'abcès cérébral.

LAUTMANN.

**Un cas non commun de tuberculose nasale**, par MARTUSCELLI (*Arch. ital. di laringol.*, etc., janv. 1904, fasc. 1, p. 4).

C'est un cas peu banal de tumeur tuberculeuse bilatérale de la partie inférieure de la cloison donnant au premier abord l'impression d'un adéno-sarcome développé aux dépens des glandes de l'organe de Jacobson. L'examen histologique fit voir qu'on avait affaire à un tissu infiltré d'éléments lymphoïdes parmi lesquels

se distinguaient de nombreux tubercules contenant des cellules géantes et épithélioïdes.

Le curetage suivi de cautérisations à l'acide lactique en solution saturée amena une guérison durable ; il resta seulement, comme trace de la lésion, une perforation de la cloison d'un centimètre de diamètre environ.

Comme la femme, atteinte de cette lésion depuis trois ans, avait un état général excellent, il faut admettre qu'elle s'était inoculé accidentellement avec l'extrémité du doigt. M. BOULAY.

**Sur la participation du nez dans la malaria et les affections analogues**, par ZIEM (*Arch. ital. di otol.*, etc., vol. XV, fasc. 1, p. 67, nov. 1903).

Gerharhdt, Weber, Oppenheimer, Friedreich ont signalé l'influence des sous-sols humides sur le développement de la rhinite fétide et de la fièvre intermittente ; ils ont également observé la tuméfaction de la rate dans le coryza infectieux. Selon Z. la malaria peut être prise autrement que par les piqûres de moustiques ; l'absorption d'eau malsaine et surtout l'inhalation de vapeurs putrides joue un rôle étiologique très fréquent dans le développement des fièvres intermittentes ; elles sont également susceptibles de provoquer des suppurations du nez et des sinus dont la cause échappe souvent, car ce n'est pas seulement le voisinage des mairais putrides qu'il faut craindre, mais le séjour dans des maisons construites sur des terrains paludéens, au pied de certaines collines, dans des endroits humides, sur un sol renfermant des matières organiques en putréfaction ou creusé de caves laissant sortir des émanations malsaines. M. BOULAY.

**Histologie du kyste osseux du nez**, par KIKUCHI (du Japon) (*Archiv f. laryngologie*, Band XIV, Heft. 2, 1903).

Le kyste osseux a été décrit par Zuckerkandl. Les uns le considèrent comme une formation pathologique due à une irritation du cornet moyen avec transformation du tissu myxomateux en tissu osseux. D'autres croient que le cornet moyen, sous l'action d'une périostite avec formation d'ostéophytes, hypertrophie et s'accrole à la paroi osseuse. Enfin plusieurs auteurs le rangent parmi les anomalies congénitales de l'ethmoïde.

L'auteur a examiné ce kyste osseux provenant quatre fois du cadavre et onze fois du vivant ; il a également recherché ce kyste chez six embryons. De tous ces examens, il donne la description

histologique dont l'auteur tire à la fin de son travail les conclusions suivantes : le kyste osseux peut être trouvé déjà chez l'embryon au quatrième mois. Ce kyste peut être considéré comme une cellule aberrante de l'ethmoïde, car l'aspect histologique de la muqueuse recouvrant l'intérieur du kyste est pareil à celle recouvrant les cellules ethmoïdales. Le travail est accompagné de la bibliographie concernant ce point spécial.

LAUTMANN.

**Examen de la perméabilité du nez pour l'air, par GLATZEL (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 1, 1904).**

La perméabilité du nez pour l'air est souvent recherchée dans l'examen rhinologique, mais les méthodes d'examen sont sommaires et infidèles. On ne peut pas se fier aux assertions des malades, qui souvent de la meilleure foi trompent le médecin, soit qu'ils ne s'aperçoivent pas que leur respiration nasale est insuffisante, soit qu'ils se plaignent d'un obstacle pour le passage de l'air qui n'existe pas en réalité. L'examen rhinoscopique ne peut pas renseigner sur l'élément fonctionnel, car, malgré l'apparence, un nez peut être parfait au point de vue fonctionnel, quand même des crêtes, des déviations, etc., obstruent la vue du médecin. D'autre part, un nez apparemment normal peut devenir insuffisant quand le malade veut faire des efforts musculaires, par exemple. Parmi les méthodes objectives, le procédé de Schech consiste à boucher une narine et de faire respirer par l'autre contre la main de l'examineur. Un autre examen peut se faire concurremment en auscultant le bruit pendant cette respiration. Le bruit qu'on fait pendant que l'on respire par une narine et qu'on bouche l'autre, rappelle le bruit de la consonne *f* ; si le côté examiné est bouché ce bruit se rapproche de celui qui provoque une consonne gutturale (le « *ch* » des Allemands). Cette méthode permettra de découvrir les sténoses prononcées, et surtout unilatérales. Mais par le fait même qu'un côté du nez doit rester bouché, elle apporte une source d'erreur. Ensuite elle n'est pas si commode qu'elle en a l'air, parce qu'elle demande le silence absolu, le nettoyage des mains après chaque examen, complications quand il s'agit d'examiner des écoles, des soldats, etc.

Pour toutes ces raisons, G. a construit un appareil, un miroir, qui permet de faire cet examen aussi rapidement et sûrement que possible. L'idée fondamentale appartient à Zwaardemaker et est basée sur l'observation que l'air expiré fait une buée sur un miroir, qu'on tient contre les narines. Après plusieurs tâtonnements,

l'auteur a fait fabriquer (par Schneider, Berlin) des miroirs en zinc nickelé qui montrent avec grande netteté ces taches d'expiration. Ce miroir peut être stérilisé et peut servir pour quatre examens consécutifs.

Le miroir, ou plutôt la plaque miroitante, porte une incision pour recevoir la lèvre supérieure. Elle est appliquée devant les narines et prend facilement pour ainsi dire l'empreinte de l'air à la sortie du nez. Si la respiration est normale, il se forme deux taches symétriques en forme de papillon, qui durent 2-3 minutes. En cas de sténose respiratoire unilatérale la tache est plus petite, mal dessinée et disparaît plus vite. Les dimensions normales sont marquées sur la plaque, de sorte qu'on peut se rendre compte de la différence dans chaque cas spécial.

Ces taches n'ont rien de fixe, et dépendent même dans une respiration nasale normale de la température de la plaque miroitante, de la capacité vitale des poumons, du degré d'humidité et de la température de l'air ambiant. Ces défauts inhérents à la méthode ont cependant peu d'importance pratique, parce qu'il ne s'agit pas tant d'avoir des valeurs absolues, mais plutôt relatives entre les deux côtés du nez. Et si dans une sténose double cette différence n'est pas appréciable, il reste encore la comparaison avec les taches dessinées par l'air d'expiration du médecin, par exemple.

On a reproché à cet instrument d'être infidèle quand il s'agit de sténose nasale seulement pendant l'inspiration (aspiration des ailes du nez, tumeurs flottantes, etc.). A cela G. répond que cette sténose pendant l'inspiration seule est très rare, elle se lie toujours à une sténose relative d'expiration ; dans les cas où elle existe seule l'inspection des narines dans la plaque miroitante la fait reconnaître. En terminant G. invite les rhinologistes à se servir de son instrument, avant de faire la rhinoscopie, dans chaque cas où il s'agit de dépister l'obstruction nasale pour l'air ; il espère de cette façon enrayer « l'hyperactivité dans le domaine de la chirurgie nasale ».

LAUTMANN.

**Des réflexes partant du nez,** par L. RÉTHI (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 4, 1904.)

Dans une communication à la société I. R. des médecins de Vienne (16 octobre 1903). Urbantschitsch relate quelques observations de troubles réflexes partant de l'oreille, du nez, de la bouche etc. S'appuyant sur cette communication Rethi apporte trois

observations pour démontrer l'existence de ce réflexe nasal.

Chez un homme atteint de sinusite ethmoïdale, R. fait la résection de la tête du cornet moyen et termine l'opération par un tamponnement serré. Le lendemain le malade raconte que depuis la veille, deux heures après l'opération, la jambe droite est devenue plus faible et qu'il boitait depuis. R. enlève le pansement et immédiatement cette parésie de la jambe disparaît. — Chez une jeune fille de 20 ans, R. pratique la résection du cornet inférieur gauche et tamponne le nez. La malade raconte le lendemain qu'elle ressentait du vertige et qu'elle avait la démarche incertaine. Après ablation du tampon, les troubles disparaissent. — Un homme de 30 ans est opéré par Rethi d'une hypertrophie du cornet moyen. Vingt minutes après l'opération, le malade ressent du vertige qui ne le quitte plus. R. enlève le pansement nasal et le vertige disparaît immédiatement.

Rethi a cru pouvoir expliquer ces phénomènes par des troubles de la circulation occasionnés par la pression du tampon. Malgré l'existence indubitable des névroses occasionnées par un réflexe nasal (névralgie, asthme, toux, éternuements, œdème de la peau, (Quincke), bronchite etc.), il faut être circonspect avec ce diagnostic. Les vaisseaux lymphatiques et sanguins de la pituitaire sont en communication directe avec ceux des méninges, des troubles de la circulation occasionnés par un tamponnement serré, peuvent se communiquer au cerveau par les méninges. LAUTMANN.

**Impressions sur l'efficacité de l'antitoxine du prof. Dumber dans la fièvre des foins, par Sir F. SEMON (*Annals of otology, Rhinology, and Laryngology*, Septembre 1903.)**

Jamais, déclare-t-il, l'auteur ne fut plus embarrassé qu'à propos de cette question pour se faire une idée vraiment scientifique de l'action de l'antitoxine de Dumber dans le traitement du Hay-fever, dans un précédent travail sur ce sujet paru dans le *Britsch. med. journal* du 23 mars 1903, il était prêt à penser que l'action de ce remède variait avec les différents malades atteints de Hay-fever ; de ses nouvelles recherches il résulte que les effets varient même chez un même patient.

Les expériences ont porté sur huit malades. Il a utilisé à la fois un mélange à parties égales d'antitoxine à 1/300 avec du sérum normal de cheval qui lui avaient été gracieusement envoyés par le prof. Dumber ; et le produit commercial connu sous le nom de « pollantin ».

Connaissant la communication de Dumbar et de Prausnitz, les inconvénients sérieux des injections hypodermiques (œdème considérable du segment injecté parfois œdème de la face, urticaire, etc.), il a constamment employé l'antitoxine en instillation dans l'œil et sur la muqueuse nasale.

Quand il employait le « pollantin » il s'est rigoureusement conformé aux indications imprimées contenues dans la boîte.

En général il se contentait d'une goutte en instillation dans chaque œil et de deux gouttes dans les fosses nasales.

Le plus souvent ces manœuvres furent faites une seule fois par jour quelquefois deux ; dans deux cas seulement on les répéta trois fois.

De ses huit observations résultent les remarques suivantes

1° L'antitoxine dans son mode d'application actuel n'est pas curative ; en ce sens qu'une seule application ne peut préserver des symptômes du Hay-fever pour une période un peu prolongée.

2° Dans plusieurs cas, de l'avis des malades, depuis longtemps habitués à apprécier les différentes phases de leur affection, l'instillation oculaire et nasale a suspendu pendant quatre à cinq heures une attaque imminente. L'effet a été surtout remarquable dans deux cas où la suggestion ne pouvait être mise en cause. Malheureusement, même dans ces deux derniers cas l'effet manqua plusieurs fois et dans beaucoup l'amélioration fut insignifiante ; dans le seul de ses huit cas où l'asthme occupait le premier plan symptomatique l'amélioration fut nulle.

3° L'antitoxine n'a jamais eu d'action pour arrêter une attaque : les patients accusent seulement un peu de soulagement (de durée d'ailleurs très variable) de l'irritation oculaire.

H. CABOCHÉ.

**Observations sur le diagnostic des sinusites nasales, par WALTHER J. FREEMAN** (*Annals of. otology Rhinology Laryngology*, septembre 1903.)

Beaucoup de signes classiques des sinusites sont souvent en défaut ; notamment la transillumination qui manque entre autres, lorsque le pus venant du sinus frontal est déversé dans le sinus maxillaire, le pus à lui seul étant incapable d'empêcher la transillumination. L'auteur désire insister sur différents faits qui relèvent de sa pratique journalière.

1° *Sinusite frontale.* — Il attache la plus grande importance à



la présence de pus sur l'agger nasi ou à l'angle supérieur du vestibule nasal. Ce signe est pathognomonique. Le pus descendait directement dans le vestibule et non dans la gouttière de l'unciforme à cause du gonflement de la face inférieure du cornet moyen qui lui barre la route, et aussi par capillarité, les phénomènes capillaires étant favorisés par le rapprochement du septum et de la paroi externe des fosses nasales à ce niveau.

2° *Sinusite maxillaire*. — Le meilleur signe serait l'écoulement du pus sur la face supérieure de la partie postérieure du cornet inférieur.

L'odeur des sécrétions a aussi son importance. Elles sont en général aigrettes ou sulfhydriques ; mais fétides et pénétrantes en cas de sinusites d'origine dentaire. L'intermittence de la cacosmie est un bon signe de sinusite maxillaire ; sa continuité indique l'origine dentaire de l'affection ; mais il peut y avoir aussi cacosmie continue en cas de syphilis.

L'aspect des dents peut être de quelque utilité (dents dicolorées, cariées, obturées, etc.

Enfin le lavage de l'antre par l'orifice naturel, l'auteur prend d'abord la courbure qu'il faudra donner à la sonde, en faisant comme premier temps un cathétérisme avec un petit porte-coton. Il se sert d'une canule en gomme qu'il suffit de chauffer pour pouvoir lui donner la courbure convenable.

3° *Cellules ethmoïdales*. — L'auteur ne croit pas à l'ethmoïdite purulente chronique sans lésions des autres cavités (l'ethmoïdite aiguë grippale guérissant toujours).

Il ne croit pas à l'ethmoïdite nécrosante de Woakes et il rappelle après Zuckerkandl que l'amincissement de la muqueuse ethmoïdale fait que souvent l'exploration au stylet fait croire faussement à la présence d'os dénudé.

Bien des cas répondant à la description de Woakes ont été guéris par des lavages du sinus maxillaire auquel on n'avait pas songé.

A ce propos il recommande (au cas où le cathétérisme par les voies naturelles serait impossible) de faire une ponction du sinus, mais une seule (que le résultat soit positif ou négatif de crainte d'infecter le sinus.

*Sinusite sphénoïdale*. — Sauf dans quelques cas exceptionnels, on ne peut voir par la rhinoscopie antérieure, le pus sourdre de l'ostium.

La présence du pus à la partie supérieure des choannes n'est pas absolument pathognomonique d'une sinusite sphénoïdale car,

vu le peu de distance qui sépare la face antérieure du sinus des cellules ethmoïdales postérieures, ces dernières peuvent aussi bien être incriminées.

L'œdème et le gonflement du bord postérieur du vomer à sa partie supérieure doit faire penser à une sinusite sphénoïdale.

Contrairement à Schäffer il n'attache pas beaucoup d'importance à la présence de croûtes sur la voûte ; elles sont dues à une modification secondaire de la muqueuse, par les sécrétions sinusales, qu'elles viennent du sphénoïde ou d'une autre cavité.

Le cathétérisme serait, d'après Holmer, impossible dans 61 % des cas.

L'auteur a pris souvent pour du pus la couleur jaune du sphénoïde près du septum.

Les vertiges, la douleur à l'occiput, les sensations de pesanteur dans les yeux et les oreilles, n'ont aucune valeur et peuvent être produites par des lésions de l'une quelconque des sinus.

Les troubles oculaires sont plus importants : toute asthénopie qui ne se corrige pas par les verres doit faire penser à une sinusite. — Pour ce qui est plus spécialement de la sinusite sphénoïdale, elle peut s'accompagner (Posey) de congestion légère de la papille ou bien, dans les cas graves de névrite optique.

H. CABOCHE.

**Sur les rapports du nerf optique avec le sinus sphénoïdal et la cellule sphéno-ethmoïdale**, par ONODI (*Archiv. fur Laryngologie*, Band XIV, Heft. 2, 1903.)

Zuckerkindl a relevé l'importance de la cellule ethmoïdale, voisine du sinus sphénoïdal et accolée à sa paroi antérieure. Vu son importance en clinique elle mérite une dénomination spéciale et elle figure dans les publications allemandes sous le nom de « cellule ethmoïdale la plus reculée » ou cellule sphéno-ethmoïdale. Dans le livre de Hajek une figure montre les rapports de cette cellule avec le nerf optique et le sinus sphénoïdal. D'après Onodi, cette cellule est fréquente et son importance dans l'étiologie des altérations du nerf optique est aussi grande que celle du sinus sphénoïdal. Dans les publications ophtalmologiques, on ne fait pas mention de cette cellule et en général, le chapitre concernant la névrite optique à la suite de sinusite demande encore une révision critique. Ce que Onodi veut préciser c'est la façon trop schématique d'après laquelle, dans les névrites optiques, on se contente d'examiner le sinus sphénoïdal sans tenir compte de la cellule sphéno-ethmoïdale.

LAUTMANN.

**Les sinus dans le frontal**, par ONODI (*Archiv. fur Laryngologie*, Band XIV, Heft I, 1903.)

Onodi a examiné trente os frontaux pour étudier les particularités du sinus. Il nous semble que les constatations qu'il fait sont connues (grandeur anormale du sinus, existence d'une cellule orbitale à peu près séparée du sinus ou communiquant largement avec la grande cavité, etc. etc.), et les conclusions pratiques mentionnées déjà ailleurs. Ainsi Onodi recommande dans le traitement chirurgical des sinusites frontales, la méthode de Killian qui seule, met à l'abri d'une récurrence, parce que seule, elle permet l'inspection de la cavité totale. Les constatations anatomiques expliquent aussi la facilité avec laquelle une sinusite frontale se propage vers le sinus ethmoïdal et maxillaire ou la cavité crânienne malgré l'ouverture du sinus frontal.

LAUTMANN.

**Endoscopie du nez et de ses sinus**, par HIRSCHMANN (*Archiv. f. Laryngologie* (Band. XIV, Heft. 2, 1903.)

Hirschmann a eu en 1901, l'idée de faire modifier le cystoscope de Nitze de façon à pouvoir l'introduire par une brèche alvéolaire dans le sinus maxillaire. Peu de temps après l'exposition de son instrument, l'auteur a eu connaissance d'un instrument pareil construit par Reichert, appelé autroscope et servant au même but. Mais l'autroscope est d'un diamètre plus grand et, en conséquence, demande des brèches alvéolaires spécialement élargies et non pas naturellement fournies par l'avulsion dentaire et la perforation sinusale consécutive.

L'instrument de H. permet d'examiner le sinus dans tous ses détails, mais cet examen est difficile et demande certainement un apprentissage. Il y a non seulement les difficultés de la technique, surtout si l'on examine immédiatement après l'ouverture du sinus, mais aussi les difficultés provenant de l'état du sinus (gonflement de la muqueuse, présence du pus, de granulations etc.) Notons l'aspect de la muqueuse normale du sinus maxillaire : muqueuse d'aspect luisant, pâle, présentant une ramification fine de capillaires. Toutes les impressions osseuses se dessinent nettement. L'inspection de la muqueuse dans les cas de sinusite permet de reconnaître les altérations pathologiques et d'étudier surtout les granulations. L'auteur a pu nettement poursuivre l'involution de granulations dans des cas de sinusite d'origine dentaire, ce qui concorde avec la notion de la bénignité de ces sinusites. L'endoscopie permet de contrôler

l'action du traitement par les lavages du sinus faits avec des solutions de nitrate d'argent. Fait curieux, c'est presque toujours les mêmes endroits qui sont atteints par le liquide injecté. Enfin l'endoscopie aura son utilité pour décider sur la nécessité d'une intervention chirurgicale dans les cas où la suppuration continue malgré le traitement par les lavages.

L'endoscope pourra être utilisé pour l'inspection du sinus dans tous les cas douteux et surtout quand il s'agit de dépister la néoplasie d'origine sinusale dans son début, à la période opérable.

Rappelant le travail de Valentin (analysé dans les *Annales*), Hirschmann dit qu'il a essayé son endoscope pour faire la rhinoscopie moyenne et examiner la région du méat moyen. En terminant il recommande l'emploi de son instrument, construit par Reiningger Geblert et Cie, Berlin. Le travail est accompagné par une planche en couleur montrant l'aspect endoscopique de la muqueuse dans un cas de sinusite, l'aspect de granulations et leur disparition successive, etc.

LAUTMANN.

**Sur le ronflement**, par Jul. VEIS (*Archiv. für Laryngologie*, Band. XIII, Heft. 3, 1903.)

On croit généralement (Bloch) qu'on ne peut pas ronfler quand on tient la bouche fermée. Veis dit que des adultes peuvent ronfler même quand la respiration est uniquement nasale. C'est possible chez des gros individus avec un cou court et gosier étroit. Pendant l'inspiration le voile et surtout la luette font le mouvement qui occasionne le ronflement; l'expiration est, au contraire, absolument silencieuse. On peut provoquer ce bruit expérimentalement en essayant d'aspirer les mucosités du nez pendant qu'on tient la bouche fermée. On peut reconnaître ces ronfleurs à une sorte d'œdème de la luette. Ils se plaignent des différentes sensations nerveuses ressenties dans la gorge et à l'examen on trouve les symptômes objectifs d'une pharyngite.

Le ronflement accompagnant la respiration buccale, causée par une obstruction nasale, est connue. Mais cette obstruction nasale n'est pas nécessaire et peut n'être que partielle ou temporaire. Le ronflement s'accompagne à la longue d'une hypertrophie et de l'élongation de la luette. La luette et le voile sont ou pâles ou rouge foncés. Les autres inconvénients dépendent de la respiration buccale et sont à part les plus connus (douleurs, brûlures dans la gorge, etc.) parfois difficilement reconnaissables comme dépendant de la respiration buccale (énuresis, laryngite striduleuse, etc.).

Le traitement demande d'abord la restitution d'une respiration nasale, mais cela peut ne pas suffire et il faut avoir recours à un appareil quelconque qui empêche la respiration buccale. De ces appareils il existe un grand nombre, l'auteur en indique même deux de sa propre invention. Tous consistent à empêcher le maxillaire inférieur de quitter le contact avec l'arcade dentaire pendant le sommeil. Les plus simples sont constitués par des bandes de flanelle. Il suffit de porter ces sortes de « fixe maxillaire » pendant huit à quinze jours. Le traitement est plus difficile chez des individus qui ronflent avec une bouche fermée. Ici, il faut veiller à la liberté du cou et du ventre, il faut déconseiller le tabac, l'alcool. On peut également conseiller le port d'un bandage contre le ronflement. En terminant, l'auteur dit que parfois il suffit de songer au traitement du ronflement pour amener une guérison rapide d'une pharyngite considérée rebelle au traitement.

LAUTMANN.

### III. — LARYNX

**Recherches expérimentales sur la vulnérabilité différente des fibres du récurrent**, par O. FRESC (*Archiv. f. Laryngologie*, Band XIII, Heft 3, 1903).

La clinique a démontré que dans le récurrent les fibres allant vers les abducteurs sont plus facilement vulnérables que les filets nerveux qui innervent les autres muscles du larynx. De différents côtés (Fränkel, Gad, Onodi, etc.) on a essayé de répéter ce fait expérimentalement. Fresc a repris ces expériences. Sa technique consiste à isoler le nerf récurrent (généralement le gauche) de l'entourage par un imperméable. Entre l'imperméable et le nerf il applique un bourrelet de coton rempli d'un principe irritant. L'examen des cordes a lieu par une fenêtre trachéale. Les poisons les plus différents (morphine, cocaïne, éther, chloroforme, etc...) ont été essayés. L'auteur résume le résultat de chaque expérience et conclut en disant que la vulnérabilité différente des fibres récurrentielles peut être démontrée expérimentalement ; mais ce ne sont pas toujours les abducteurs qui sont lésés les premiers, parfois ce sont les adducteurs qui se paralysent. Il est probable que la nature du toxique y joue un rôle. A ce point de vue, l'action du curare est particulièrement intéressante. L'expérience avec ce toxique prouve qu'il n'existe pas de différence entre les terminaisons mo-

trices des adducteurs et abducteurs, mais que les abducteurs ont une innervation plus énergique que les adducteurs.

LAUTMANN.

**Intubation dans les ulcérations de la région cricoïdienne**, par TOMMASI (*Arch. ital. di otologia*, etc., vol. XV, fasc. 1, page 33, nov. 1903).

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant atteint de croup et traité par l'intubation : la mort étant survenue brusquement à la suite de l'expulsion du tube, on constata à l'autopsie une vaste ulcération sous-glottique avec signes de chondrite et de périchondrite. Le tube était resté en place pendant deux mois.

De l'étude de ce cas l'auteur tire les conclusions suivantes, identiques à celles que nous avons nous-mêmes formulées dans nos travaux antérieurs sur ce sujet : 1° lorsque des signes de laryngosténose due à une maladie infectieuse aiguë rendent l'intubation nécessaire, on ne devra pas continuer celle-ci dès qu'on sera certain de l'apparition d'ulcération de la muqueuse cricoïdienne et, à plus forte raison, de carie du cartilage sous-jacent ; 2° il est plus rationnel, dans ces conditions, de faire une trachéotomie que de s'entêter à maintenir ou à replacer le tube ; 3° les signes révélateurs d'une ulcération ou d'une périchondrite cricoïdienne sont : le rejet spontané et répété du tube, une expectoration muco-purulente ou sanguinolente après chaque expulsion et introduction de celui-ci, la difficulté à maintenir dans le larynx même des tubes de diamètre supérieur à celui que comporte l'âge de l'enfant ; 4° la cause des ulcérations n'est pas le séjour prolongé du tube, mais bien la forme infectieuse du mal.

M. BOULAY.

**La tuberculose du larynx pendant la grossesse**, par GODSKESEN (*Archiv. f. Laryngologie*, Band XIV, Heft. 2, 1903).

Kuttner le premier a appelé l'attention des médecins sur l'influence funeste de la grossesse et de l'accouchement sur la phthisie laryngée. Sur 15 cas de tuberculose du larynx, quatorze femmes sont mortes dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement. Le travail de Kutner est intéressant surtout par une des conclusions dans laquelle il préconise l'avortement artificiel dans les premiers mois de la grossesse chez des femmes atteintes de tuberculose avancée et la trachéotomie (ou la préparation pour

cette intervention) chez des tuberculeuses avancées qui vont accoucher.

Godskesen dit avoir été inspiré par le travail de Kuttner et il apporte l'histoire de quarante-six malades. La tuberculose du larynx est en somme une affection rare chez les femmes enceintes parce que la tuberculose du larynx est rare chez la femme et que la femme atteinte de tuberculose du larynx est généralement cachectique et ne peut plus devenir enceinte. Généralement l'affection commence pendant la grossesse et prend une allure rapide. Le pronostic est très fâcheux en général, malgré quelques exceptions remarquables où l'on a pu constater une guérison définitive de la tuberculose laryngée pendant la grossesse (Schmiegelow). Du fait même de la grossesse, les indications pour la trachéotomie peuvent être élargies et il ne faut pas attendre l'établissement d'une sténose prononcée pour recourir à une trachéotomie. Koch, Schmidt, Kuttner et Godskesen relatent des cas où la mort de la mère ou de l'enfant aurait pu être évitée par une trachéotomie faite d'après des indications un peu plus libérales.

Les opinions des accoucheurs varient sur la nécessité de pratiquer l'avortement artificiel chez les femmes atteintes de laryngite tuberculeuse. Tandis que Pinard n'a jamais rencontré l'occasion d'interrompre une grossesse pour tuberculose du larynx ou des poumons, Veit et Schanta préconisent chaleureusement l'avortement. Godskesen est de l'avis de Schanta d'interrompre la grossesse quand l'état général de la mère est bon et la laryngopathie pas trop avancée. Cette pratique vaut mieux que celle préconisée par Schmidt, par exemple de pratiquer la trachéotomie. Abstraction faite qu'il sera difficile d'obtenir le consentement de la malade pour une intervention qui ne paraît pas s'imposer, il est d'un autre point de vue tout au moins désagréable de se voir condamné au port d'une canule pendant plusieurs mois de la grossesse. L'intérêt de l'enfant est une question pratiquement négligeable parce que la mortalité de ces enfants est très forte.

Comme prophylaxie il faut recommander aux accoucheurs de veiller aux symptômes précurseurs de laryngopathie chez les femmes enceintes, surtout chez celles qui ont eu des antécédents tuberculeux. Quelquefois une ancienne laryngite tuberculeuse guérie, récidivant par la grossesse, se termine par la mort (cas de Kuttmo, de Godskesen).

En terminant G. relate 48 observations, dont plusieurs personnelles et plusieurs (17) cas publiés déjà dans d'autres travaux.

LAUTMANN.

**L'amygdale laryngée étudiée chez l'homme et les mammifères les plus communs, par FOIANINI (*Arch. ital. di otol.*, vol. XV, fasc. I, novembre 1903.)**

La présence de follicules clos dans la sous-muqueuse du ventricule a fait comparer celui-ci à une crypte volumineuse et même à une véritable amygdale (Merkel, William Hilp).

Ces follicules commencent à apparaître chez l'homme au quatrième mois de la vie intra utérine, sous forme d'une légère infiltration adénoïde, dans les couches superficielles de la muqueuse, mais il faut arriver au neuvième mois pour les distinguer nettement ; ils n'atteignent leur développement complet en volume et en nombre (de 3 à 5) que de 5 à 7 ans. Ils occupent surtout la portion verticale (diverticule) du ventricule, et siègent de préférence sur sa face externe et sa voûte, ainsi que sur la face inférieure de la fausse corde. F. a rarement rencontré des follicules sur la face supérieure de la vraie corde : ils se localisent plutôt dans la région intermédiaire à cette corde et au ventricule. Chez le vieillard, l'infiltration leucocytaire catarrhale de la sous-muqueuse est parfois assez prononcée pour masquer quelques follicules.

Chez le cheval, la muqueuse du ventricule présente des plis volumineux et nombreux au sommet desquels se logent des follicules : ceux-ci sont surtout nombreux à la voûte du ventricule.

Chez l'âne, plis et follicules sont moins nombreux, mais affectent la même prédilection pour la voûte. Chez la vache qui n'a pas de ventricule, on distingue quelques follicules épars dans l'épaisseur des rares plis de la muqueuse occupant les régions sus-glottiques. Chez le porc, où le ventricule fait également défaut, les follicules se trouvent dans la sous-muqueuse de l'angle de réunion des deux cordes.

Chez le chien, les follicules sont nombreux et volumineux ; ils occupent de préférence la paroi externe du ventricule.

Le chat en offre de nombreux sur les fausses cordes et presque sur les vraies cordes.

Chez tous ces animaux il existe une grande ressemblance entre l'amygdale laryngée et celle de Luschka : l'une et l'autre présentent des caractères particuliers qui pourraient, au besoin, servir à reconnaître ces diverses espèces de mammifères.

M. BOULAY.



**Ictus laryngé comme symptôme de la coqueluche chez un adulte,**  
par AVELLIS (*Archiv. f. Laryngologie*, Band XIII, Heft, 3, 1903.)

Un homme de 38 ans prend la coqueluche. Pendant le cours de la maladie, dans la cinquième semaine, cet homme qui n'a jamais eu de crises d'épilepsie perd brusquement, dans une quinte de toux, la conscience et fait une chute. Ces pertes de conscience avec une chute et lésions consécutives se répètent plusieurs fois pendant la durée de la coqueluche et disparaissent avec elle. Ces attaques étaient aussi bien nocturnes que diurnes, mais n'influaient en rien l'état général. Il n'y a jamais eu de vraies crises épileptiques. Toutes ces attaques étaient annoncées par un chatouillement dans la gorge, mais les badigeonnages du larynx ne pouvaient pas les provoquer. L'auteur se demande à quoi tient le phénomène observé chez son malade. Il s'agit probablement d'une irritation du laryngé supérieur, par la toxine de la coqueluche, et non pas d'un effort mécanique sur le cerveau par la toux (petits épancements, etc.) parce que ces attaques se montraient précisément avec les petites quintes. Elles semblaient remplacer une quinte pour ainsi dire.

LAUTMANN.

**Contribution à la question de la dégénérescence maligne des tumeurs bénignes du larynx,** par le Prof. HINSBERG (*Archiv. f. Laryngologie*, Band XIII, Heft. 3, 1903).

Un homme de bonne santé, âgé de 73 ans, est opéré, le 2 mai 1899, d'une tumeur de la grandeur d'une noix, sise dans la région aryénoïdienne. Histologiquement il s'agit d'une tumeur bénigne. Huit mois après on extirpe au même malade une nouvelle tumeur de la grandeur d'une noisette, située sur le pli ary-épiglottique droit, près du cartilage aryénoïde, qui est de la même structure histologique que la première tumeur. Trois semaines plus tard le pli aryéno-épiglottique est tuméfié. On enlève quelques parties pour l'examen histologique. Les parties enlevées sur le cartilage aryénoïde paraissent appartenir à un tissu normal; le morceau enlevé au repli ary-épiglottique semble être un carcinome. Au bout de trois semaines on enlève du sinus Morgagni droit un nodule gros comme un pois. Il paraît être constitué par des masses fibromateuses et épithéliomateuses. Il est impossible de dire s'il s'agit d'un cancer. Pendant les sept mois qui suivent, le repli ary-épiglottique devient lentement normal et pendant cette période aucune infiltration ganglionnaire n'est décelable. On revoit

le malade au bout de huit mois. On trouve sur le sternomastoldien droit un chapelet de petits ganglions. Le repli ary-épiglottique est transformé en tumeur épaisse, dont on enlève une partie pour la faire examiner. Le diagnostic histologique est affirmatif pour cancer. Pendant les 3 mois suivants, les ganglions augmentent de volume, la tumeur pousse vivement et obstrue presque entièrement l'entrée du larynx. Le malade se cachectise.

Il est clair que chez ce malade la néoplasie primitivement bénigne s'est transformée en tumeur maligne. Sous quelle influence ? Il est difficile de se défendre contre l'idée d'une irritation causée par l'acte opératoire qui a consisté dans l'excision de la tumeur fibreuse du début. Mais Hinsberg n'admet pas que le traumatisme opératoire ait été la seule cause. Ceci n'est pas en contradiction avec l'opinion de Semon, qui nie toute irritation possible de la tumeur, par l'acte opératoire, et pratiquement aucune conclusion n'est permise, quant au danger de l'intervention endolaryngée sur les tumeurs. Le travail est accompagné de deux figures, dont une coloriée et montrant l'aspect microscopique d'une des tumeurs examinées.

LAUTMANN.

**Troubles consécutifs à la trachéotomie après croup**, par W. PIGGING (*Fniska läkare-sälsk. handlingar*, 1903, p. 299).

L'auteur a reçu des nouvelles de soixante-sept opérés, sept sont morts, dont cinq de maladies qui n'avaient pas de rapport avec la trachéotomie. Un malade est mort de tuberculose six ans après l'opération (tuberculose du péritoine), un après 30 ans, à la suite de gangrène pulmonaire consécutive à une pneumonie. Parmi les vivants, trente ne se plaignaient d'aucun trouble respiratoire, vingt accusaient une dyspnée légère, quelques difficultés pendant la phonation, une tendance au catarrhe, etc. Chez trois il y avait des désordres sérieux ; un avait une fistule trachéale, un une pneumonie chronique (mais qui pourtant existait avant l'opération), et un troisième était atteint de tuberculose, survenue six ans après l'opération, chez quarante malades, l'opération datait de 7 à 20, chez 7 : 4 — 7 jours, chez 13 : 2-4 ans.

JÖRGEN MÖLLER.

**Résultat final dans l'intubation du larynx**, par Louis FISCHER, de New-York (*Arch. f. Laryngologie*, Band XIV, Heft 3, 1903.)

Le travail donne un résumé des observations que l'auteur a pu faire, sur les très nombreux cas d'enfants qu'il a eu occasion

d'intuber. Ainsi il suppose que la sténose laryngée a une prédilection pour les enfants rachitiques. La sténose postdiphthérique du larynx n'est pas occasionnée par l'intubation. La formation d'un tissu sous-glottique sténosant, des granulations à l'intérieur du larynx ne paraissent pas avoir de relation avec l'intubation. Généralement une seule intubation a suffi, l'emploi de sérum anti-diphthérique a énormément diminué l'indication pour l'intubation. L'auteur a employé la méthode de Bryant pour intuber, c'est-à-dire l'enfant est couché sur une table, ses mains sont liées, un assistant tient la tête après avoir fixé un ouvre-bouche.

Dans la clientèle privée, les enfants sont plus faciles à surveiller après la guérison que les enfants qui quittent l'hôpital. Sur les enfants intubés par l'auteur, quelques-uns ont eu de la bronchite pendant l'hiver qui a suivi l'intubation, deux ont eu de la pneumonie (3 et 5 ans après). Quatre enfants ont gardé une toux continue et une laryngite pendant plusieurs mois. Mais dans aucun cas une laryngite ou une bronchite n'a pu être mise sur le compte de l'intubation directement.

Malgré l'opinion de O'Dwyer, l'auteur ne croit pas que la sténose postdiphthérique du larynx et la nécessité d'une intubation prolongée soient causées par une mauvaise technique ou l'emploi d'un mauvais tube : Si la maladresse de l'opérateur causait les sténoses postdiphthériques, leur nombre serait plus grand. Cette opinion de l'auteur, qui est une autorité dans la question, a une importance au point de vue médico légal.

D'après Köhl et Fischer, cette sténose postdiphthérique du larynx est causée par une laryngite chronique hypertrophique. Elle s'est développée chez des malades qui n'ont jamais été intubés ; elle ne peut donc pas être attribuée à une faute de technique quand elle se développe ; du reste elle n'est pas très fréquente.

Les indications pour l'intubation sont autres dans la clientèle privée qu'à l'hôpital. A l'hôpital, l'intubation est plus rare ; on peut traiter des degrés légers de sténose par l'expectative tout en injectant du sérum et modifiant le régime du malade. En ville, où le malade ne peut pas être si bien surveillé qu'à l'hôpital, les indications deviennent plus strictes. Dans les cas légers il faut tenir compte de la distance qui sépare l'habitation du malade et du médecin, du degré de l'infection, et de la situation financière du malade.

Avant de procéder à l'extubation, Fischer a l'habitude de donner une dose assez forte de bromure de sodium et de chloral, à

faire prendre 6 heures avant l'extubation projetée. A l'hôpital Willard Parker, l'usage est de faire une piqûre de morphine. Cette méthode est excellente pour prévenir les phénomènes spasmodiques qui pourraient survenir après l'extubation. Quand l'extubation est difficile et que le malade ne semble plus pouvoir respirer sans le tube (cas de retained tube), le procédé de Rogers consiste à introduire le tube le plus gros et de le laisser à demeure pendant 5 à 6 semaines. L'extubation se fait alors facilement.

En résumant, l'auteur trouve que l'intubation a été le mieux supportée par des enfants qui ont été élevés au sein. L'intubation ne laisse à sa suite aucune inflammation de l'arbre respiratoire, ni n'expose d'avantage à ces maladies? Le larynx est excessivement tolérant pour le tube et un tube bien construit en gomme n'occasionne aucune inflammation chronique. 90 % des malades qui ont dû être intubés étaient porteurs d'hypertrophie de l'anneau lymphatique de Waldeyer (végétations adénoïdes, amygdales, etc.). On est en droit de présumer que les maladies chroniques du rhino-pharynx prédisposent à l'infection diphthérique. Il est donc de notre devoir de créer des conditions normales dans la gorge d'un enfant.

LAUTMANN.

**Contribution à l'étude des relations entre la tuberculose du larynx et la gravité, par A. LEWY (*Archiv. f. Laryngologie*. Band. XV, Heft. 1903).**

Nous avons eu occasion d'analyser le travail de Godskesen traitant la même question. Lewy apporte trois nouvelles observations personnelles pour démontrer l'influence néfaste de la gravité sur la tuberculose laryngée. Les observations sont résumées : trois jeunes femmes sont atteintes de laryngite tuberculeuse pendant la grossesse. Toutes les trois accouchent à terme, mais meurent bientôt après l'accouchement. Sur les trois enfants deux meurent ; du troisième on n'a pas de nouvelles. Un quatrième cas a été publié dernièrement par Veis, identique aux 3 cas de l'auteur. En résumant tous les cas publiés jusqu'à présent, on connaît 74 observations, dont 15 publiées par Kuttner, 7 par Löhnberg, 3 par Lewy avec mort de la femme après l'accouchement ; sur les 46 cas publiés par Godskesen, trente et une femmes sont mortes, de quatorze on n'a pas eu de nouvelles et une seule femme vivait encore au moment de la publication, huit ans après avoir été trachéotomisée. Sur 74 cas, sont mortes sûrement quarante-sept femmes et dix-sept enfants.

Quant aux résultats du traitement, voici ce qu'on obtient d'après Godskesen, cinq femmes ont été améliorées dont deux vivaient encore après neuf mois et un an. Sur quatorze femmes trachéotomisées, onze sont mortes, sur trois femmes traitées par laryngofissure une seule a survécu.

La conclusion de l'auteur est très radicale : chez la femme enceinte, l'interruption de la grossesse est indiquée en cas de tuberculose laryngée constatée. Au point de vue prophylactique il adopte l'opinion de Lohnberg. Les tuberculeuses ne devraient pas se marier, ou plutôt ne pas devenir enceintes. Les moindres troubles du larynx chez les femmes enceintes demandent des soins et de la surveillance.

LAUTMANN.

**Deux cas de chute de sangsues dans la trachée**, par TSAKYROGLOUS (de Smyrne.) (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 2, 1904).

Voici la traduction de ce très court article.

En 1903, nous avons observé 7 cas de présence de sangsues dans les voies respiratoires supérieures. 6 cas ont été observés à l'hôpital civil Turc, le septième appartient à ma clientèle privée. Les sangsues étaient une fois dans le nez, deux fois dans le pharynx, deux fois dans le larynx et deux fois, dans les deux derniers cas, dans la trachée.

Je ne parlerai que de ces deux derniers cas.

Un jeune berger des environs, âgé de 25 ans, a été reçu le 21 juillet 1903, à l'hôpital, avec la symptomatologie suivante : hémoptysie, dysprée, insomnie. Le malade croit sa maladie occasionnée par la présence d'une sangsue dans la trachée. Par la laryngoscopie nous constatons que la petite sangsue a traversé la glotte et s'est fixée au-dessous. Nous essayons comme d'habitude l'extraction avec la pince de Fauvel. Nous ne réussîmes pas parce que le larynx, très sensible et très irrité, s'est fermé au moindre contact, empêchant la vue du corps étranger. Après avoir anesthésié le larynx par la cocaïne nous pûmes franchir la glotte pendant une inspiration profonde et saisir la sangsue.

Le 2<sup>e</sup> cas concerne un homme de 50 ans chez lequel l'extraction a été simple. Nous croyons que la cocaïne est un poison énergique pour les sangsues, car dans les 2 cas, le parasite est sorti comme paralysé et il est mort au bout de quelques instants, au lieu que ces animaux, après extraction sans cocaïne, se meuvent très vivement et restent vivants.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, la sangsue a séjourné dans la trachée neuf

jours, dans le 2° cas six jours. Enfin je dois remarquer qu'il a fallu pincer la sangsue pendant quelques secondes, pour qu'elle lâchât prise et qu'elle ne glissât pas de la pince.

La rareté de ces cas m'a semblé justifier la publication.

LAUTMANN.

**Le Radiodiagnostic des corps étrangers des bronches**, par A. BÉCLÈRE (*Presse médicale*, 26 décembre 1903, n° 103).

Les corps solides introduits dans les bronches se divisent en deux groupes, les uns ont un poids moléculaire peu différent de celui des parties molles du corps humain (graines, bouchon, fragments de pain, de viande, etc.) et échappent, pour cette raison, à l'examen radiologique; les autres contiennent un ou plusieurs éléments de poids atomique élevé qui les rendent accessibles aux recherches (corps métalliques, cailloux, morceaux de craie, fragments d'os, etc.).

Les signes fonctionnels qui accompagnent l'introduction ou la présence de corps étrangers dans les bronches, sont souvent nuls ou si peu pathognomoniques qu'on ne saurait y attacher une valeur diagnostique réelle. Il faut de toute nécessité recourir à l'examen radiologique. Or, dans l'exploration du thorax, la radioscopie est de beaucoup supérieure à la radiographie. Elle doit toujours occuper la première place: l'écran doit ici sa supériorité sur la plaque aux mouvements qu'il montre et à la multiplicité des images qu'il donne. De plus, il donne un renseignement des plus importants, en nous permettant de reconnaître si le corps étranger est mobile ou immobile à l'intérieur de la bronche.

Règles générales dont on ne doit pas se départir pendant cette recherche: emploi d'une ampoule réglable, emploi d'un diaphragme iris, possibilité de faire varier en tous sens la position de l'ampoule, adaptation de la rétine de l'observateur. Avec l'hypothèse d'un corps étranger métallique pas trop petit, deux raisons feront toujours préférer la radioscopie à la radiographie: 1° La position assise du malade, pendant l'examen radioscopique, permet de faire varier la position de l'ampoule, de manière que l'ombre du corps étranger se projette dans un espace clair; 2° les mouvements respiratoires ne gênent pas l'examen à l'écran. Au contraire, si le malade ne retient pas sa respiration pendant la pause nécessitée pour l'impression de l'image sur la plaque sensible, cette image restera floue et sans utilité pour le médecin.

En examinant le corps étranger de telle manière que son image

sur l'écran se projette dans deux positions différentes grâce à la rotation du thorax, il est facile, en suivant la technique très simple exposée par M. Béchère, de déterminer avec une exactitude pratiquement suffisante son siège, sa hauteur dans le thorax et son éloignement du plan médian antéro-postérieur.

Rien n'est plus simple aussi pour se rendre compte du degré de mobilité du corps étranger ou de son enclavement dans la bronche. Il suffit de faire tousser le malade pendant l'examen radioscopique, ce qui provoque des déplacements extrêmement rapides de l'ombre du corps étranger, correspondant à ces mêmes déplacements de ce dernier dans les bronches. Suivent quelques règles générales (radiographie en apnée) dont la connaissance est indispensable pour obtenir une bonne épreuve radiographique. B. termine son intéressant exposé par trois observations de corps étrangers des bronches, deux chez l'enfant, un chez l'adulte.

E. LOMBARD.

**Corps étrangers des voies respiratoires supérieures. Cas personnels et remarques sur l'extraction de ces corps,** par le prof. PIENIAZEK de Cracovie (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 12, 1903.)

La bronchoscopie et l'extraction des corps étrangers des voies respiratoires est d'actualité. Il est intéressant d'analyser les cinq observations que P. publie dans son article.

1) Une fillette de 6 ans aspire un haricot ; l'enfant a une quinte de toux et puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au lendemain soir, où l'enfant a de la fièvre. P. examine l'enfant à ce moment et constate une respiration striduleuse au niveau de la bronche droite qui se fait entendre sur tout le poumon droit et une pneumonie commençante dans le lobe inférieur. Le lendemain matin, le lobe inférieur entier était infiltré. Chloroforme. Trachéotomie, introduction du trachéoscope. On voit le haricot dans la bronche droite. Sous la conduite du regard, P. saisit le haricot et le retire en même temps que le tube, que le haricot ne pouvait pas traverser. On laisse une canule trachéale pour faciliter l'expectoration pendant quelques jours et l'enfant quitte l'hôpital guérie.

2, Une femme de 40 ans se fait faire l'avulsion d'une dent mais aspire la dent qui glisse du davier. Huit jours après, la femme avec un peu de fièvre, présente 132 pulsations. Sur le lobe inférieur droit on entend une respiration striduleuse. Matité dans le lobe

inférieur droit. On suppose la dent dans la branche inférieure de la bronche droite. Trachéotomie, introduction du trachéoscope de P. P. saisit un peu à l'aveugle un corps dur mais qui échappe de la pince bronchiale, au moment de l'extraction. Nouvelle introduction de la pince et maintenant sous le contrôle de la vue, P. saisit la dent et exécute facilement l'extraction à travers le tube. Guérison dans deux semaines.

3) Une jeune fille est atteinte de tuberculose du larynx. L'assistant Novotny procède au curetage d'après Heryng. Mais au premier coup, la curette se casse et tombe dans la trachée. La malade ne présente aucune réaction consécutive, la laryngoscopie reste négative et seulement par les rayons X, on reconnaît le fragment cassé qui paraît siéger dans la bronche droite. On introduit après cocaïnisation par la glotte un trachéoscope et après avoir donné aux branches de la pince bronchiale une inclinaison spéciale, P. est assez heureux pour ramener la curette. Le malade se rend en bonne santé à la maison le jour même.

4) Garçon de 2 ans 1/2 aspire un haricot et est vu peu de temps après l'accident par P. Le diagnostic clinique est difficile. Quand l'enfant respire tranquillement, aucun trouble n'est appréciable; à la respiration forcée on entend une respiration striduleuse. A droite surtout dans le lobe supérieur, la respiration se fait moins bien entendre qu'à gauche. Par la trachéoscopie inférieure on voit le corps étranger dans la partie la plus profonde de la trachée. P. le saisit avec la pince trachéale et le ramène en même temps que le tube. Guérison en dix jours.

5) Une fillette de 13 mois est amenée à l'hôpital deux jours après avoir aspiré un haricot. L'enfant respire tranquillement, mais le thorax gauche seul se dilate pendant l'inspiration; sur le lobe droit, on entend un bruit net de sténose; matité à droite sur toute l'étendue du poumon. Donc le corps étranger était dans la bronche droite et l'obstruait de façon à créer une atelectasie du poumon. P. essaie de faire l'extraction du haricot par la trachéoscopie supérieure en narcose. On voit nettement le haricot dans la bronche droite, mais l'extraction ne réussit pas. P. ramène bien une partie du haricot, mais la partie restante a dû se loger dans la trachée et amène une suppression totale de la respiration. La situation devient critique; P. essaie une extraction à l'aveugle, sans plus de succès. On procède vivement à la trachéotomie et à la trachéoscopie inférieure. L'extraction du corps étranger est impossible, la respiration artificielle ne peut plus ranimer l'enfant. Sur l'enfant mort, P. continue, sans succès, l'extraction du restant



du corps étranger. P. regrette ne pas avoir fait de suite la trachéoscopie inférieure qui aurait permis de retirer le corps étranger.

6) La sixième observation concerne un garçon de 4 ans qui a aspiré un noyau d'abricot et qui est amené en pleine dyspnée. Le Dr Novotny se prépare à faire l'extraction du noyau par la trachéoscopie inférieure, quand brusquement, par un accident, il se trouve être sans lumière (un assistant casse le bec Auer). N. essaie l'extraction à l'aveugle, sans succès ; l'enfant étouffe.

L'auteur ajoute à ces observations des remarques concernant les corps étrangers dans les voies respiratoires en général. Ensuite, il s'occupe de la trachéoscopie et de la bronchoscopie. Il vaut toujours mieux opérer sous le contrôle de la vue. Il ne faut pas tenter de recourir de suite à la trachéotomie et trachéoscopie inférieure, si l'on craint que par une fausse manœuvre, pendant l'extraction, le corps étranger puisse occasionner une obstruction complète de la trachée. De même, quand le corps étranger siège dans une bronche et que le poumon correspondant est complètement obstrué, car si le corps échappe pendant l'extraction et glisse dans l'autre bronche, il faudra faire la trachéotomie (exemple l'observation n° 5) dans de moins bonnes conditions.

La bronchoscopie supérieure est permise quand le corps étranger, quoique obstruant tout un poumon, a été récemment aspiré ou quand il n'obstrue pas le poumon entier, mais seulement une partie. Mais elle est plus difficile que la trachéoscopie supérieure, et ne peut être exécutée que dans la narcose générale, ou après une injection de morphine. Souvent il sera préférable de ne faire que la trachéoscopie supérieure et d'essayer l'extraction à l'aveugle, si l'on ne craint pas de blesser les muqueuses (corps étranger pointu, par exemple). Si l'on ne réussit pas, on peut essayer d'introduire le tube bronchoscopique par le tube trachéoscopique, plus large. La bronchoscopie est indiquée quand on suppose l'existence d'un corps étranger au poumon sans que les commémoratifs anamnestiques soient nets (chez les enfants, les imbéciles, par exemple). Il faut procéder le plus vite possible à l'extraction d'un corps étranger récemment aspiré, car on ne peut jamais prévoir les dégâts qu'il pourra occasionner ; mais s'il est bien supporté depuis quelque temps, pareille hâte n'est pas nécessaire et on peut entraîner le malade de façon à pratiquer l'extraction par un procédé non sanglant.

Quant aux instruments, un grand choix est nécessaire. Généralement ils ont la forme d'une pince. Les branches se terminent

par des cuillers pour les corps irréguliers, tandis que pour les corps ronds (noyaux, billes, etc.), des branches minces et courbées dans la dimension longitudinale seront avantageuses. Des cuillers obtuses, des griffes, des crochets, des anneaux, etc. doivent terminer les branches de ces pinces. Enfin P. recommande l'emploi de l'anse, comme pour le polypotome.

L'expectoration du corps étranger est certainement ce que le malade aimera le plus, et pourtant elle non plus n'est pas sans danger (cas de mort relaté par Bell). Il ne faut essayer de provoquer l'expulsion du corps étranger que dans les cas récents, quand il n'y a pas de sténose respiratoire, pas de complication pulmonaire, quand le corps étranger ne peut pas produire des lésions par son passage. Pour provoquer cette expectoration du corps étranger on met le malade en travers du lit, le thorax fortement penché en bas. On lui conseille d'inspirer profondément et de produire quelques coups énergiques d'expiration, la glotte étant ouverte. Dans 10 % des cas on réussira. LAUTMANN.

#### IV. — COU, ŒSOPHAGE, CORPS THYROÏDE

**Abcès rétro-pharyngien chez un vieillard. Présentation de malade,** par Walker BOWINE à la Glasgow. pathological and clinical Society (*Glasgow. med. journal*, mars 1903, p. 196).

Il s'agit d'une femme de 79 ans, chez laquelle apparut sur la paroi postérieure du pharynx un gonflement qui fut pris pour une tumeur maligne par le médecin de la malade. Cette affection avait une marche assez lente, sans fièvre. La malade éprouvait une grande gêne de la déglutition; le gonflement touchant la base de la langue. La malade était profondément émaciée. L'auteur reconnut dans cette masse des signes de fluctuation; il ouvrit l'abcès sous le chloroforme. Cette ouverture donna issue à une grande quantité de pus. La patiente guérit parfaitement et retrouva ses forces. A. RAOULT.

**Gonflement rétro-pharyngien simulant un abcès et dû à une callosité, suite d'un traumatisme des vertèbres cervicales,** par Walker BOWINE (*Glasgow pathol. and clinic. Society. — Glasgow med. journal*, mars 1903, p. 197).

Le malade, âgé de 11 ans, tomba, il y a deux ans et demi, et se blessa à la tête et au cou. Depuis, il ne pouvait plus remuer la

tête, éprouvant une violente douleur et une raideur dans le cou. A deux reprises différentes, il se plaignit de gêne de la respiration et de la déglutition. On crut à un abcès rétropharyngien. En effet, il existait une masse au niveau de la paroi postérieure du pharynx, commençant au niveau du bord inférieur du voile du palais et se terminant au niveau du bord du cartilage cricoïde. La saillie était à droite et venait au contact de la base de la langue. Au toucher, on sentait une masse dure, osseuse, faisant partie de la colonne vertébrale.

L'auteur pense qu'il y a eu une fracture des vertèbres cervicales, qui a provoqué ce cal vicieux. La photographie aux rayons X a confirmé le diagnostic.

A. RAOULT.

**Contribution au diagnostic de l'anévrisme de l'aorte, par NOWOLNY**  
(*Archiv. f. Laryngologie*, Bd. XIV, Heft. I, 1903).

Nowolny publie deux cas d'anévrisme de l'aorte qui sont intéressants à plusieurs points de vue.

OBSERVATION I. — Maria G., 24 ans, ni spécifique ni éthylique, a tenté un suicide en avalant du phosphore en janvier 1901. Depuis ce temps, elle se plaint de douleurs dans le côté droit de la poitrine. Trois semaines avant son admission à l'hôpital (19 juillet 1901) elle est devenue dyspnéique.

A l'examen on trouve quelques cicatrices sur la jambe gauche. A l'auscultation des poumons, bruit typique de sténose, avec respiration vésiculaire affaiblie à droite. Cœur normal, pulsation constamment à 120°. Dyspnée. L'inspection de la trachée permet de constater au-dessus de la bifurcation de la trachée une tumeur de la grosseur d'une noix, de forme ovalaire, occupant la paroi droite et antérieure. La tumeur est rouge, lisse, luisante. La tumeur obstrue la trachée et laisse une petite fente semi-lunaire. Examen aux rayons X impossible. Diagnostic vraisemblable : Ganglion caséifié perforant la trachée.

La dyspnée exige la trachéotomie (prof. Pieniazsk). Par la plaie de la trachéotomie inférieure on procède à la bronchoscopie et on fait les mêmes constatations qu'avec la laryngoscopie. La tumeur se laisse facilement déplacer et permet l'accès aux deux bronches. L'entrée de la bronche droite est occupée par la tumeur, la muqueuse est hyperémiée. On introduit un tube creux dans la bronche droite et la dyspnée diminue.

Quatre jours après l'opération (21 juillet) la tumeur n'est plus rouge et luisante comme le premier jour de l'examen, mais au

contraire elle a une couleur brune sale, et est recouverte d'une muqueuse nécrosée dont les lambeaux flottent. On enlève ces lambeaux flottants et on procède au curetage de la tumeur (prof. P.). Le 24 juillet, après un nouveau curetage, la lumière de la trachée est élargie à tel point que la respiration devient normale des deux côtés. La malade se sent très soulagée jusqu'au 30 juillet où elle meurt par hémorrhagie.

A l'autopsie, on trouve une tumeur anévrismale longue de 6 centimètres sur 4 de large. La paroi est très épaisse, 1/2 centimètre, l'intérieur rempli presque de caillots fibreux, au centre la cavité anévrismale. La tumeur est englobée dans un tissu cicatriciel contenant des ganglions trachéobronchiques anthrakosés. La tumeur est fixée entre la racine de la crosse de l'aorte et la paroi droite et antérieure de la trachée. De la cavité anévrismale un pertuis conduit dans l'aorte, et deux autres dans la trachée. Enfin dans le poumon droit quelques ganglions tuberculeux épars.

Cet anévrisme a été une véritable surprise d'autopsie. Tout parlait contre l'existence de l'anévrisme : l'âge de la malade (28 ans), la propulsion de la paroi antérieure de la trachée, l'absence de pulsation de la tumeur (examen bronchoscopique), la croissance rapide de la tumeur (en quelques semaines). Aucun phénomène récurrentiel. L'augmentation de la pulsation seule parlait pour l'anévrisme. L'erreur de diagnostic est d'autant plus excusable que l'anévrisme a été petit, que sa paroi était épaisse, et que la poche anévrismale n'avait qu'une petite ouverture de communication avec l'aorte.

ons. II. — Il s'agit dans ce cas d'un anévrisme de la crosse de l'aorte absolument typique. Ce qui rend l'observation intéressante est le détail de la trachéoscopie. Comme cet examen n'est pas courant, nous traduisons le texte : avec le trachéoscope de Kilian, auquel il faut donner une position déclive de gauche à droite, on peut voir la paroi droite de la trachée dans sa totalité (cet examen n'a pu être fait avec le miroir laryngoscopique). On reconnaît que la muqueuse est colorée en rouge dans sa partie inférieure et elle est proéminente dans la lumière de la trachée. Ici la lumière de la trachée est large seulement de 2 à 3 millimètres, de forme ovulaire. On voit sur la paroi gauche de la trachée une forte pulsation.

Le malade a dû être trachéotomisé (Pienazsky). Il est examiné avec le trachéoscope de P., et maintenant on peut examiner les bronches aussi. En repoussant à droite la paroi droite de la trachée, le regard va jusque dans la bronche droite. L'entrée de la

bronche gauche est très réduite, elle est linéaire. La pulsation de la paroi gauche de la trachée est si forte qu'elle se communique même au trachéoscope. On introduit une canule élastique longue, allant jusqu'à la bifurcation. Depuis l'opération le malade va très mal et meurt six jours après la trachéotomie d'une hémorrhagie foudroyante.

LAUTMANN.

**Migration d'un corps étranger**, par Alex. BAUROWICZ (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd. XIV, Heft. I, 1903).

Un jeune homme a tenté de se suicider, en se tirant un coup de revolver au-dessous du menton. Le suicide a raté, la balle s'est arrêtée dans le maxillaire supérieur. Quatre ans après, le malade se plaint d'un écoulement fétide, venant de la narine gauche. A l'examen, on trouve baignant dans du pus et des granulations la balle dans le méat moyen d'abord, et quatre semaines après, dans le méat inférieur, d'où elle a été facilement extraite.

LAUTMANN.

**De l'anesthésie pour les opérations de courte durée sur le nez et la gorge**, par Henry CHALDECOTT (*Lancet*, 13 septembre 1902, *Monthly Encyclopedia*, novembre 1902).

L'auteur déconseille l'usage du chloroforme, et rapporte 50 cas récents de mort, dans ces courtes opérations. Pour les enfants âgés de moins d'un an, on peut employer l'éther donné sur un masque ouvert. Chez ceux de 1 à 4 ans, ne pas se servir du protoxyde d'azote, surtout s'il y a des obstructions des voies respiratoires ; l'éther est, au contraire, fort bien supporté chez ces enfants, ainsi que chez les adolescents et les adultes. L'auteur considère le chlorure d'éthyle comme moins facile à administrer et plus dangereux que l'éther.

A. RAOULT.

**Cas de diphtérie compliquée d'endocardite aiguë de la valvule mitrale**, par John WAINMAN FINDLAY (*Glasgow med. Journ.*, janv. 1903, p. 27).

Il s'agit d'un enfant de 6 ans, qui fut atteint de diphtérie à forme infectieuse, avec énorme gonflement des ganglions lymphatiques du cou, fièvre intense, etc. Vers le huitième jour, l'auteur s'aperçoit que les bruits du cœur étaient sourds, lointains ; le pouls devint, les jours suivants, irrégulier, et l'on perçoit un souffle cardiaque très net. A cette époque la lésion amygda-

lienne était guérie. L'auteur retrace l'histoire et la bibliographie de cette complication fort rare de la diphtérie.

A. RAOULT.

**Emploi du bromure d'éthyle pour l'adénotomie et la tonsillotomie,** par A. R. SOLENBERGER (*Journ. of the American medic. association*, 18 avril 1903, *Monthly Encyclopedia*, juillet 1903).

Il ne faut pas se servir de bromure d'éthylène. Le bromure doit être frais et pur ; il doit être donné en masse et non par petites doses répétées. On ne doit pas continuer pendant plus d'une minute. Pour opérer, il faut aller vite, et il faut que l'opérateur se serve d'un instrument peu volumineux et bien tranchant.

A. RAOULT.

**Paralysie faciale chronique d'origine périphérique, traitement opératoire,** par C. A. BALLANCE, H. A. BALLANCE et Purves STEWART (*British med. journ.*, 2 mai 1903, *Monthly Encyclopedia*).

Le traitement par l'anastomose, entre le facial et le facial accessoire, limite les mouvements à ceux associés aux mouvements de l'épaule. L'auteur recommande plutôt l'anastomose du facial, avec l'hypoglosse. Les cas où cette opération est indiquée sont ceux où la paralysie a duré six mois sans qu'il se produise d'amélioration. Les résultats sont moins bons lorsque la paralysie est due à une affection suppurative, qui provoque de la névrite, que quand elle est consécutive à un traumatisme.

A. RAOULT.

**Tumeurs du corpuscule rétro-carotidien,** par Paul RECLUS (*Bulletin Société de Chirurgie*, 19 mai 1903, p. 497).

L'auteur rapporte avec M. Chevassu une observation de tumeur développée dans le corpuscule rétro-carotidien. Cette question est peu connue ; il y en a 10 cas dans la littérature médicale ; le 1<sup>er</sup> cas est publié en 1891, par Marchand (angio-sarcome) ; en 1892, Raltauf analyse quatre tumeurs semblables qu'il classe comme endothéliome ou périthéliome ; Rosptein, Malniowsky, von Heinleth et Siniouschine en relatent chacun un. Celui-ci est le dixième : une femme de 49 ans, atteinte d'un cancer du sein, porte dans la région cervicale une tuméfaction occupant la région vasculo-nerveuse, au point où la carotide se bifurque. Grosse comme un œuf de pigeon, la tumeur était molle, fuyait sous la pression, mais sans disparaître et se reformait en deux ou trois

coups, dès que le doigt était retiré. Des pulsations ressenties au toucher, on tendait à conclure à un anévrisme, mais l'analyse rigoureuse des signes a montré qu'il s'agissait de battements communiqués sans souffle ni expansion : le diagnostic de tumeur du corpuscule rétro-carotidien fut porté. La tumeur évoluait depuis cinq ans et, depuis quelques mois, s'accroissait plus rapidement. L'opération est décidée. Sous les téguments on découvre le néoplasme posé comme un sac de farine, sur la fourche carotidienne qui se creuse une gouttière dans la tumeur. La carotide externe peut être dégagée et luxée en dedans, mais ses parois sont amincies et distendues par places. Une dissection minutieuse isole le corpuscule des organes environnants et adhérents ; la partie inférieure put être détachée de la fourche carotidienne et restait seulement la carotide interne qui embrochait la tumeur ; celle-ci fut sectionnée avec le plus grand soin d'avant en arrière jusqu'à la paroi carotidienne et ainsi, patiemment, la carotide interne put être entièrement dégagée. La tumeur retirée mesurait 4 à 5 centimètres dans tous les sens ; de couleur brune, enveloppée d'une membrane avec deux sillons profonds carotidiens ; à la coupe, aspect spongieux, formé par des lacis de vaisseaux minuscules. L'examen microscopique, fait avec soin par M. Chevassu, confirme l'opinion de Raltauf ; il s'agit bien d'un endothéliome et même d'un périthéliome. On sait que le corpuscule, n'est pas de nature épithéliale ; on le considère maintenant comme un bourgeonnement de la tunique adventice de la carotide primitive ou de la carotide interne, c'est un endothéliome et les tumeurs de cet organe sont des hyperplasies de ce tissu, des tumeurs homologues, suivant la classification de Broca. L'endothéliome carotidien semble plus fréquent chez la femme et c'est une tumeur de l'âge jeune (minimum 17 ans, maximum 43 ans).

Faut-il extirper ces tumeurs ? La question est grave ; sur les 10 cas, l'opération a été pratiquée chaque fois ; il y a eu deux morts de l'opération par section du pneumogastrique, par hémorragie foudroyante à la suite de la rupture de la carotide athéromateuse qui avait été liée. Dans un cas, ictus apoplectique (dont les conséquences ont fini par disparaître) ; dans 5 cas, troubles des nerfs laryngé et facial. Deux fois, résultat parfait. L'opération est donc grave, très grave même ; sa gravité peut-être serait atténuée par une minutie et une patience extrême dans la dissection pour éviter la ligature carotidienne, grave puisque les deux bons résultats obtenus concernent les deux cas où la liga-

ture n'a pas été faite. Ces deux mêmes cas montrent qu'on n'a pas à craindre l'hémorragie par les vaisseaux nourriciers du corpuscule. Il faut donc essayer de conserver les carotides. Il faut même penser le plus souvent à ne faire aucune opération. Les tumeurs du corpuscule carotidien sont bénignes, l'histologie de toutes ces tumeurs le prouve, le cas de von Heinleth évoluant pendant quarante ans le confirme. Donc, mettant en parallèle cette bénignité et les accidents de l'opération, il faut conclure à l'expectative, si la tumeur est de volume médiocre et de marche lente.

WICART.

**De l'action combinée des opérations autoplastiques et des appareils prothétiques pour les restaurations de la face,** par VALLAS ET CLAUDE MARTIN, de LYON, (*Revue de chirurgie*, 10 mars 1903, p. 323).

Les traumatismes de la face peuvent maintenant être réparés par les procédés autoplastiques qui souvent ont besoin d'être complétés par la prothèse. L'observation suivante est présentée par les auteurs comme un bel exemple des résultats heureux de cette combinaison de la prothèse et de l'autoplastie. Un homme de 24 ans s'était tiré un coup de fusil Lebel sous le menton et la balle était sortie à la racine du nez du même côté gauche : des désordres graves consécutifs sont traités sur place. Après 22 mois le malade, alors vu pour la première fois par M. Vallas, a les lésions suivantes : un tractus cicatriciel va de la commissure gauche à la région sous-maxillaire ; le nez est complètement effondré dans sa partie supérieure gauche ; il y a un prognathisme supérieur très prononcé. Dans la bouche on voit : une fracture du maxillaire inférieur et (en trois fragments) non consolidée : le fragment médian semble disparu et remplacé par du tissu fibreux confondu avec la cicatrice des parties molles voisines ; le fragment postérieur gauche est déjeté en dehors et remonte de 2 centimètres dans sa partie profonde. La partie antérieure du maxillaire supérieur séparé par fracture de la partie postérieure est repoussée en avant et cause le prognathisme décrit. A gauche la partie postérieure du même maxillaire à partir de la canine est refoulé en dedans dans le champ de la voûte palatine. La langue fortement détruite à gauche est fixée au plancher par un gros tractus cicatriciel qui rejoint l'orifice d'entrée de la balle et immobilise l'organe qui ne peut plus servir à la phonation ni à la déglutition. M. Vallas dans une première intervention passe le bis-



tourti dans la cicatrice tegumentaire pour découvrir l'espace interfragmentaire du maxillaire inférieur. Il sectionne le tractus de la langue, suture, par-dessus, la muqueuse linguale ; il libère les deux fragments du maxillaire pour les ramener en position normale que doit maintenir un appareil de prothèse immédiate de M. Martin. Deux mois après le tractus cicatriciel de la langue s'est reproduit, le malade supporte mal son appareil et le déplacement du fragment postérieur se reproduit. Nouvelle opération. Le tissu cicatriciel de la langue est incisé puis excisé le plus largement ; le fragment postérieur du maxillaire inférieur, réséqué par désarticulation temporo-maxillaire est remplacé par une pièce de prothèse ; la muqueuse gingivale de ce fragment est rabattue sur la plaie linguale pour empêcher la rétraction cicatricielle de la langue. Les jours suivants cette muqueuse se sphacèle mais la prothèse maxillaire tient bien. Le procédé autoplastiques se montrant insuffisant pour la langue ; M. Martin fixa au maxillaire artificiel un petit bloc d'étain qui venait appuyer au point d'union de la langue et du plancher buccal ; les choses marchèrent à souhait, un deuxième, un troisième, puis un quatrième bloc furent successivement ajoutés qui en deux ans avaient réussi, sans être pénibles au malade, à libérer peu à peu complètement la langue dont le fonctionnement est redevenu normal. Il restait à faire disparaître le prognathisme accentué de la mâchoire supérieure. Celle-ci présentait 5 fragments : A gauche, deux fragments l'un au-devant de l'autre mais couchés sur la voûte palatine et empêchant la mastication, puis un troisième fragment intermédiaire comprenant l'incisive latérale gauche et la canine et peu déplacé ; à droite un trait de fracture entre la deuxième prémolaire et la première grosse molaire. La voûte palatine était perforée en son milieu d'un large orifice faisant communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales et les sinus maxillaires. Pour corriger le prognathisme les auteurs ont employé le procédé suivant : les dents du côté gauche sont enlevées puis on cherche à refouler en arrière le fragment médian ; on fait à droite une résection de la partie du maxillaire supérieur correspondant aux prémolaires et on peut ainsi rétropulser toute la masse de l'arcade dentaire supérieure située en avant et à gauche de manière à diminuer de 13 centimètres la saillie du fragment antérieur (en avant) L'immobilisation des fragments en cette position est obtenue par : 1<sup>o</sup> une pièce palatine postérieure prenant appui sur les molaires droites et le mamelon de la voûte palatine décrit ; 2<sup>o</sup> Une pièce moulée sur les dents du fragment médian et prenant appui sur

elles, pièce de forme trapézoïde à petite base postérieure ; cette base est reliée à la pièce postérieure par une tige glissant dans une coulisse et fixée à la longueur voulue par une vis. L'appareil reste en place jusqu'à consolidation. Les points sur lesquels insistent les auteurs sont : l'élongation des cicatrices progressive par des appareils lourds supplée à l'insuffisance des procédés autoplastiques ; l'ostéotomie unilatérale large (non encore employée jusqu'à ce jour) pour corriger le prognathisme ; la prothèse immédiate consécutive à la résection du maxillaire inférieur pour corriger les déformations.

WICART.

**Un cas de tumeur rare du maxillaire supérieur (Endothéliome osseuse)**, par CH. RÉMY et G. BOUVET. (*Revue de stomatologie*, janvier 1903, p. 34).

De l'observation détaillée de ce cas, révélé, par l'examen histologique, comme endothéliome osseuse, les auteurs dégagent ces particularités : envahissement de tous les os de la face sans retentissement ganglionnaire ni ulcération ; déformation de la face semblable à celle produite par les fibromes ou polypes fibreux des fosses nasales ; opération remarquable par l'insignifiance de l'hémorrhagie ; cette tumeur n'a pas saigné pendant la vie. La rareté de l'affection les autorise à faire l'exposé général suivant de l'endothéliome des os :

Ce sont des tumeurs du type épithélial développées aux dépens de l'endothélium des vaisseaux osseux. Il ne faut pas les confondre avec les tumeurs décrites par Hildebrand, sous le nom des périthéliomes, et développées aux dépens de la gaine lymphatique vasculaire séparant les vaisseaux des canalicules osseux. L'endothéliome se localise de préférence aux maxillaires ; son étiologie est inconnue. Il se développe graduellement insidieusement, ordinairement sans douleur, sans gêne de la circulation, sans ulcération, sans retentissement sur l'état général d'abord, sans retentissement sur l'état général d'abord, sans jamais d'engorgement ganglionnaire. La tumeur se pédiculise ou le plus souvent fait corps avec l'os, l'envahit complètement, elle est encapsulée dans une coque osseuse qui s'amincit peu à peu jusqu'à devenir une simple enveloppe périostique pouvant parfois donner naissance à des cellules osseuses de nouvelle formation. Les tissus voisins sont refoulés sans être envahis et sans contracter de véritables adhérences avec le néoplasme. Il n'y a pas de développement de la circulation collatérale.

A la palpation on éprouve des sensations alternatives de mollesse et de dureté, quelquefois on perçoit une fausse fluctuation. Assez fréquemment on trouve de la résistance et même on peut provoquer le bruit parcheminé de Dupuytren, ce qui pourrait faire penser à tort à un kyste du maxillaire. On a aussi signalé des endothéliomes ayant les caractères de tumeurs pulsatiles. L'incision de la tumeur donne en général une forte hémorrhagie, contrairement à ce qui s'est passé pour le cas observé ci-dessus ; on rencontre un tissu ferme mais n'offrant nulle part la consistance osseuse. La coupe montre des grains blanchâtres ou des vacuoles. Au microscope, grains et vacuoles correspondent aux vaisseaux de l'os ; le stroma de la tumeur est du tissu conjonctif ; aucune trace de tissu osseux.

La marche de la tumeur, très lente, dure souvent des années ; mais la terminaison fatale est la règle jusqu'à présent, peut-être en raison du retard apporté à l'intervention. La mort survient par fracture spontanée ou provoquée et hémorrhagie grave ou obstacle à l'alimentation ; par autres complications et le plus souvent compression, obstruction des voies aériennes et digestives, cachexie progressive qui en résulte.

WICART.

---

## NOUVELLES

---

### VII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

*Bordeaux, du 1<sup>er</sup> au 4 août 1904.*

#### PROGRAMME :

#### **Dimanche 31 juillet.**

*De 9 à 11 heures du soir.* — Réception des membres du Congrès par le Comité français d'organisation à la Faculté de médecine, place d'Aquitaine.

#### **Lundi 1<sup>er</sup> août.**

*A 9 heures du matin.* — Séance d'ouverture : 1<sup>o</sup> Discours du Président du Comité d'organisation ; 2<sup>o</sup> Discours du Président du dernier Congrès ; 3<sup>o</sup> Election du Bureau ; 4<sup>o</sup> Communication du Prof. POLITZER sur la nécessité de l'enseignement otologique dans les Facultés.

*De 3 à 6 heures.* — Lecture de mémoires et discussions, à la Faculté de médecine.

#### **Mardi 2 août.**

*A 9 heures du matin.* — Réunion générale. Discussion du rapport de POLITZER, GRADENIGO et DELSAUX, sur le choix d'une formule acoumétrique simple et pratique.

*A 1 heure 1/2 de l'après-midi.* — Lecture de mémoires et discussions. Départ pour Saint-Émilion ; excursion archéologique et banquet.

### Mercredi 3 août.

*A 9 heures du matin* — Discussion sur le rapport de BRUEGER, VON STEIN et DUNDAS GRANT sur le diagnostic et le traitement des suppurations du labyrinthe.

Communications diverses.

*A 2 heures.* — Communications diverses et discussions.

*A 5 heures.* — Garden-party et banquet, offerts par le Président du Congrès.

### Jeudi 4 août.

*A 9 heures du matin.* — Discussion du rapport de KNAPP, SCHMIEGROW et BOTKY sur la technique de l'ouverture et des soins consécutifs de l'abcès cérébral otogène.

*A 2 heures de l'après-midi.* — Communications diverses et discussions.

*A 7 heures 1/2 du soir.* — Banquet offert par la Société française d'otologie et le Comité d'organisation.

### Vendredi 5 août.

Excursion en Médoc. L'heure et le point du départ seront fixés ultérieurement.

### Règlement du Congrès.

1° Les langues officielles sont le Français, l'Anglais, l'Allemand et l'Italien.

Si quelque membre le désire, un des congressistes présent pourra résumer chacune des communications.

2° La lecture d'aucun mémoire ne pourra excéder quinze minutes, et la parole ne sera accordée pour les discussions que pendant cinq minutes ;

3° Les communications seront publiées dans les comptes rendus du Congrès, qui seront envoyés gratuitement à chacun des membres inscrits ;

4° Toute communication de manuscrit faite au Congrès doit être immédiatement déposée sur le bureau et remise au Comité de publication ;

5° Les auteurs qui désirent faire une communication sont priés de vouloir en remettre un résumé au secrétaire général afin que l'on puisse le distribuer aux membres de la Presse pour faciliter ainsi le compte rendu des séances ;

6° Les membres qui prendront la parole dans les discussions sont priés de bien vouloir remettre, avant la fin de chaque séance, un résumé de ce qu'ils auront dit entre les mains de l'un des secrétaires ;

7° La souscription pour les membres du Congrès est fixée à 25 francs pour les docteurs en médecine et 12 francs pour les étudiants ;

8° Le Bureau se réserve le droit de régler les ordres du jour de chaque séance du Congrès.

#### PROGRAMME PRÉLIMINAIRE :

*Communications annoncées à la date du 15 juin.*

#### I. — Anatomie normale.

CHAUVEAU (C.-L.), de Paris. — Sur quelques points d'anatomie comparée de l'oreille moyenne et de l'oreille externe.

MACLEOD YEARSLEY, de London. — The constancy and variations of the supra-mental spine of Henle

II. — *Pathologie.*

- ALEXANDER, de Vienne. — Zur Frage der Meningitis serosa.
- BAR (L.), de Nice. — Abscès extra-dural périnusien. Opération suivie de guérison.
- BAR (L.), de Nice. — Affection vésico pustuleuse du conduit auditif par microorganismes pathogènes.
- BOTEY (R.), de Barcelone. — Prophylaxie des sténoses du conduit après les opérations radicales.
- BOULAY et LEMARC'HADOUR, de Paris. — De l'élément psychique dans les surdités.
- CHAVASSE, de Paris. — Cellulite osseuse à distance, d'origine otitique avec abcès en bissac.
- CLAOUÉ, de Bordeaux. — Deux cas de cholestéatome volumineux du temporal. Observations et traitement.
- DELIE (A.), d'Ypres. — Troubles auditifs et abus du tabac.
- DIDSBURY (G.), de Paris. — Un cas d'otite moyenne suppurée avec évacuation par la trompe d'Eustache. Accidents consécutifs.
- ESCAT, de Toulouse. — Deux cas de nécrose du labyrinthe suivie d'élimination spontanée.
- ESCAT, de Toulouse. — Migraine otique.
- FERRÉ (F.), de Paris. — Otite suppurée double grippale, compliquée d'accidents cérébraux. Opération. Guérison avec surdité complète et définitive.
- JÖRGEN MÖLLER, de Copenhague. — Quelques remarques sur l'oto-sclérose à propos d'un cas d'autopsie.
- KÖNIG (Charles-J.), de Paris. — Contribution à l'étude du bougrage de la trompe d'Eustache. Modification de la sonde d'Hard permettant simultanément la douche d'air comprimé et l'introduction indolore de la bougie.
- KÖNIG (Charles-J.), de Paris. — La sonde de Lucae paraffinée.
- MAHU (G.), de Paris. — Des mastoïdites dans les cas d'atrésie du conduit.
- MASSIER (H.), de Nice. — Un cas de pyohémie otitique sans thrombophlébite du sinus latéral; suppurations métastatiques multiples.
- MASSIER (H.), de Nice. — Mastoïdite double, à réactions cérébrales, au cours d'une infection puerpérale.
- MIGNON (M.), de Nice. — Forme grave d'eczéma de l'oreille (suivie d'otite externe aiguë, otite moyenne suppurée, mastoïdite, paralysie faciale, gangrène du pavillon, mort par embolie huit jours après évidemment pétro-mastoïdien).
- MOURE et BRINDEL, de Bordeaux. — Considérations sur 500 cas d'interventions sur la mastoïde.
- RAOULT (A.), de Nancy. — Névrites d'origine otique.
- ROURE, de Valence. — De la dilatation de la trompe d'Eustache dans le traitement des otites sèches d'origine naso-pharyngienne.
- ROYET (H.), de Lyon. — Sur le syndrome qui est la conséquence des symphyse salpingo-pharyngiennes, en particulier, au point de vue otique.
- ROZIER (J.), de Pau. — Diagnostic de la syphilis par l'otologiste.
- SARGENT F. SNOW, de Syracuse, V. S. — Catarrhal deafness with report on 400 chronic cases.
- SARREMONNE, de Paris. — Deux observations de paralysie faciale dans le cours d'un zona du conduit auditif externe.
- SZENES (S.), de Budapest. — Ueber einem durch Otitis media suppuratione acuta ausgelösten Fall von Hysterie.
- TAFTAS (N.), de Constantinople. — De la mastoïdite aiguë latente comme complication de l'otite catarrhale aiguë.
- TOMMASI (Jacopo), de Lucca. — Due casi d'ascesso cerebrale da otita purulenta.

- VEILLARD (E.), de Paris. — Sur les otites tuberculeuses.  
 ZIA NOURY, de Constantinople. — Sur un cas d'abcès chronique de la région temporelle d'origine cholestéatomateuse.

### III. — *Technique et séméiologie.*

- BARATOUX, de Paris. — Sur la mesure de l'ouïe.  
 BOURGEOIS (H.), de Paris. — Le nystagmus provoqué comme signe objectif d'un trouble de l'appareil vestibulaire.  
 PANSE (R.), de Dresde. — Ein neues Verfahren zur Theilung der Schallmenge und zur objectiven Hörprüfung.  
 QUIX (F.-H.), d'Utrecht. — Détermination de l'acuité auditive pour les sons chuchotés et pour ceux du diapason.  
 TRÉTRÔP, d'Anvers. — Essai d'acoumétrie métrique.

### IV. — *Hygiène, sociologie.*

- COSTINIU (A.), de Bukharest. — L'examen de l'oreille chez les mécaniciens et chauffeurs de chemin de fer en rapport avec leur ancienneté dans le service et le combustible employé aux machines en Roumanie.  
 MAGNAN, de Tours. — L'oto-rhinologie et l'hygiène scolaire.

### V. — *Anatomie pathologique, bactériologie.*

- LOMBARD (E.), de Paris. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des mastoïdites : la trainée cellulaire antro-apexienne. — Présentation de pièce.  
 PANSE (R.), de Dresde. — Demonstration von präparaten von II Fälle von Labyrinththeilerungen.  
 POLITZER (A.), de Vienne. — Sur les modifications anatomiques du labyrinthe au cours des suppurations chroniques de l'oreille moyenne (avec démonstration de préparations microscopiques)  
 SZENES (S.), de Budapest. — Démonstration de préparations anatomopathologiques : a) Melano sarcoma alveolare giganto-cellulaire auriculaire ; b) Epithelioma auriculaire ; c) Osteoma liberum meatus auditorii externi.  
 TRÉTRÔP, d'Anvers. — Quelques applications pratiques de la bactériologie à la spécialité du nez, de l'oreille et de la gorge.

### VI. — *Varia.*

- BARATOUX, de Paris. — Sur la chirurgie du sinus frontal.  
 BARATOUX, de Paris. — Sur la chirurgie de la cloison des fosses nasales.  
 BOURGEOIS (H.), de Paris. — Contribution au diagnostic des troubles de l'équilibre par lésion bulbaire.  
 HOFFMANN (R.), de Dresde. — Ueber osteoplastische Eingriffe an der Stirnhöhle wegen chronischer Eiterung der Selben.  
 MOURET (J.), de Montpellier. — Thème réservé.  
 POLITZER (A.), de Vienne. — Sur la nécessité de l'enseignement officiel de l'otologie dans les facultés de médecine.  
 SZENES (S.), de Budapest. — Que devons-nous faire contre l'abus des instruments annoncés pour la guérison de la surdité?

### VII. — *Physiologie.*

- DREYFUS, de Strasbourg. — Ueber den Einfluss des Chinin auf das Tonuslabyrinth.  
 RAOULT (A.), de Nancy. — Action des rayons N sur l'audition.

### VIII. — *Thérapeutique.*

- ALEXANDER, de Vienne. — Ueber den diagnostischen Werth der Lumbal-punction und ihre Bedeutung für die operative Indikationsstellung (avec PROJECTIONS de préparations).

- BOBONE (Th.), de San Remo. — La préparation des malades à opérer.  
 BOBONE (Th.), de San Remo. — Le pétrole dans le traitement de l'ozène.  
 BOURGEOIS (H.), de Paris. — Sur l'ouverture et le drainage des abcès encéphaliques.  
 BRUDER, de Paris. — Les méfaits de l'eau oxygénée en otologie.  
 CHEVALIER JACKSON, de Pittsburg, V. S. — Indications for opening the mastoid in acute purulent otitis media.  
 CORNET, de Constantine. — L'emploi en oto-rhinologie du chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'alcool.  
 DENCH (E. D.), de New-York. — The radical operation in chronic middle ear suppuration.  
 GOLESCIANO, de Paris. — Contribution à l'étude de l'athmothérapie.  
 LAURENS (G.), de Paris. — Chirurgie de la base du crâne et de la colonne vertébrale dans ses rapports avec les otites suppurées.  
 LAURENS (G.), de Paris. — Des résections crâniennes en chirurgie auriculaire.  
 LAVRAND (H.), de Lille. — De l'occlusion après l'évidement pétro-mastoïdien.  
 LERMOYER et BELLIN, de Paris. — Contribution à la guérison chirurgicale de la méningite otogène.

#### IX. — Présentations.

- GOLESCIANO, de Paris. — Présentation d'un appareil destiné aux grandes irrigations bucco-pharyngées, ainsi qu'aux projections de vapeur chaude sur les premières parties des voies respiratoires, nez, rhino-pharynx, larynx, etc.  
 MAHU (G.), de Paris. — Présentation de moulages sur nature : a) Cure radicale de la sinusite maxillaire par la méthode de Caldwell-Luc ; b) Trépanation du sinus frontal et du labyrinthe ethmoïdal par le procédé de Killian.  
 MAHU (G.), de Paris. — Présentation d'instruments.

---

Le Conseil de l'Université de Paris vient d'autoriser le D<sup>r</sup> MARAGE à ouvrir, à la Faculté des sciences, un cours libre de physique biologique.  
 Objet du cours : *La phonation et l'audition*.

---

#### Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

*Concours pour la nomination à deux places d'assistants titulaires et une place d'assistant-adjoint des services d'oto-rhino-laryngologie, pour une période de deux années.*

Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. M. les D<sup>rs</sup> GRIVOT et BELLIN, assistants-titulaires ; de M. le D<sup>r</sup> Paul LAURENS, assistant-adjoint.

---

#### Italie.

LES D<sup>rs</sup> GUARNACCIA (de Catane), et CANÈPELE (de Bologne), viennent d'être nommés docents d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Rome.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PROSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Die Ankylose des Hammer-Amboss-Gelenkes, par Hugo Frey ; J.-B. Hirschfeld, éditeur, Leipzig, 1904.

Klinische Studien zur Analyse der Hörstörungen, par P. OSTMANN. Extrait de Arch. f. ohrenheilk., LXII Band.

**Benzocalyptol** (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

## CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'Anesthésie, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



## OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS  
Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :  
**ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.**

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

## CÉRÉBRINE

(Coca-Théine analgésique Panodun)

## MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.



